Nr. 39. 28. września 1930 Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

W. NOWICKI. Lwów.

Odosobniona ziarnica złośliwa jelita cienkiego.

Z Instytutu anatomji patologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

Niezwykle bogate piśmiennictwo, dotyczące ziarnicy złośliwej, i to szczególnie ostatnich lat dziesięciu, rozszerzyło znacznie nasze wiadomości o tym bądź co bądź ciekawym procesie chorobowym. Wiadomości te odnoszą się przedewszystkiem do jego anatomji i histologji. Pokazuje się, że ziarnica złośliwa może pojawiać się pod nader różnemi postaciami anatomicznemi tak, że śmiało można powiedzieć, że należy ona do schorzeń o niezmiernie wielkiej wielostronności i zmienności zmian i objawów. Zmiany w niej spostrzegane przypominają istotnie wcale często złośliwe procesy nowotworowe. W materjale sekcyjnym tutejszego Instytutu widywaliśmy postacie guzowate i naciekowe ziarnicy złośliwej, połączone nierzadko ze znacznemi zniszczeniami otoczenia, jak n. p. przebicie mostka, niszczenie kręgów, niszczenie niemal całego płuca i t. p. Pokazuje się, że ziarnica złośliwa może wykazywać także pod względem budowy histologicznej znaczne odbiegnięcia od klasycznego obrazu, opisanego jeszcze przez C. Sternberga i Paltaufa. Szczególnie publikacje lat ostatnich zwracają uwagę na przypadki wcale nierzadkie ziarnicy histologicznie atypowej (Abrikossof i inni.)

W przeciwieństwie do rozszerzenia się wiadomości z zakresu anatomji i histologji ziarnicy złośliwej, patogeneza jej, a szczególnie etjologja, jest nadal niejasna, pomimo licznych badań, szczególnie eksperymentalnych.

Wśród materjału ziarnicy złośliwej, w piśmiennictwie pojawiającego się, szczególne zainteresowanie budzą przypadki t. zw. ziarnicy odosobnionej, zatem ograniczonej wyłącznie lub prawie wyłącznie do pewnego narządu. Pojawianie się tego rodzaju przypadków budzi zainteresowanie nie tyle ze stanowiska anatomicznego, ile klinicznego; przypadki takie są także przyczynkiem, rozszerzającym nasze wiadomości o patogenezie ziarnicy złośliwej. W ostatnich czasach spotyka się w piśmiennictwie coraz częściej przypadki ziarnicy odosobnionej. Dotąd stwierdzano ją najczęściej w przewodzie pokarmowym. Należy jednak podnieść, że ziarnica, ograniczona wyłącznie do tego narządu, należy w każdym razie do wyjątków. Ostatnio Kückens opisał przypadek ziarnicy sutka, Blatt P. i A. stercza i pęcherza moczowego, Kaufmann śledziony i inni. Schlagenhaufer, jak wiadomo, zwrócił uwagę jeszcze w r. 1913 na umiejscowienie ziarnicy także w przewodzie pokarmowym; od tego czasu liczba ogłoszonych przypadków ziarnicy tego narządu przewyższa 40. Są to przypadki, w których ziarnica najprawdopodobniej umieściła się pierwotnie w przewodzie pokarmowym, a zatem są to przypadki, w których zmiany ziarnicze stwierdzono jedynie tylko w przewodzie pokarmowym lub w nim przedewszystkiem, gdzieindziej zaś zmiany ziarnicze były tylko nieznaczne. Wreszcie zalicza się tu przypadki, w których ziarnica była także w przewodzie pokarmowym obok istnienia gdzieindziej wybitnych zmian ziarniczych. Przeważna część tych przypadków ogłoszona została w ostatnich dziesięciu latach. Coronini w obszerniejszej pracy o ziarnicy, uwzględniającej szczególnie zmiany ziarnicze w przewodzie pokarmowym, dzieli przypadki ziarnicy tego narządu, według odcinków zajętych, na grupy następujące: Do pierwszej grupy zalicza przypadki z wyłącznem zajęciem: 1) żołądka (Steindl, Neuber, Kan, Froboese); 2) jelita (Eberstadt, Catsaras i Georgontas, Partsch, Groot Nr. 1., Terplan i Wallesch, Pamperl i Terplan, Heilmann i Hatry, Bibl); 3) żołądka i jelita (Schlagenhaufer Nr. 1, de Groot Nr. 2). Inne grupy obejmują przypadki zajęcia przewodu pokarmowego, a także narządów innych, z mniejszą lub większą przewagą zmian w tym lub owym odcinku przewodu pokarmowego. Autorka zestawiła razem 29 przypadków ziarnicy przewodu pokarmowego. Do tego należy dodać przypadki autorów następujących: Satta (1921), De Joselin de Jong (1925), Lange (1925), Redwitz (1926), Drope (1926), Behring (1928), Terplan i Mittelbach (3 przyp. 1929), Gödel (1929), Titu Vasiliu (3 przyp. 1929). Nowicki (1930), a zatem razem 43 przypadków. Z przypadków dodanych przypada 13 na ziarnicę odosobnioną pierwotną przewodu pokarmowego; są to przypadki autorów: De Josselin de Jong (jelito czcze z przebiciem), Lange (jelito czcze z przebiciem), Drope (żołądek, jelito czcze i gruczoły krezkowe), Redwitz (żołądek), Behring (jelito czcze?), Terplan i Mittelbach (2 jelito, 1 jelito i żołądek), Gödel (jelito cienkie), Vasiliu (1 żołądek, 1 żołądek i dwunastnica i 1 dwunastnica), Nowicki (jelito biodrowe). A zatem razem z 14 przypadkami, wymienionemi przez Coronini, jest 27 przypadków odosobnionej ziarnicy tylko przewodu pokarmowego.

Z piśmiennictwa pokazuje się, że ziarnica przewodu pokarmowego pojawia się najczęściej w jelicie cienkiem, następnie w żołądku i jelicie, najrzadziej w samym żołądku.

Liczba przypadków ziarnicy przewodu pokarmowego wzrasta tak, jak wzrasta wogóle liczba ziarnicy. Lubarsch w próbach otrzymania statystyki ziarnicy w latach 1911—1914 wykazuje 0,4% przypadków ziarnicy w stosunku do ogółu sekcyj, zaś w latach 1915—1918 ten procent dochodzi do 1.01%. W tutejszym instytucie mieliśmy w latach 1920—1929, a więc w ciągu lat dziesięciu 0,21% przypadków sekcyjnych ziarnicy w stosunku do ogółu sekcyj. Największy odsetek wypada na rok 1923 i 1928.

Poniżej podaję opis przypadku sekcyjnego z tutejszego Instytutu anatomji patologicznej, przezemnie badanego, który jest interesującym nietylko jako przypadek odosobnionej ziarnicy złośliwej jelita cienkiego, ale także ze względu na rzadko stwierdzaną postać ziarnicy jelitowej i miejsce pierwotnego wyjścia sprawy chorobowej. Rozchodzi się o mężczyznę l. 36, zarobnika, który zgłosił się do szpitala już w bardzo złym stanie tak, że nie można było uzyskać jakichkolwiek danych z wywiadów. U chorego, będącego już niemal w agonji, rozpoznano niedrożność jelita (ileus). Do zabiegu operacyjnego nie przystąpiono z powodu nader złego stanu chorego, który też zmarł w krótkim czasie po przyjęciu.

Sekcję (L. prot. 924/28) wykonano w 44 godzin po śmierci. Oględziny zewnętrzne niewykazały niczego godnego uwagi. Z oględzin wewnętrznych ograniczam się do podania jedynie zmian najważniejszych.

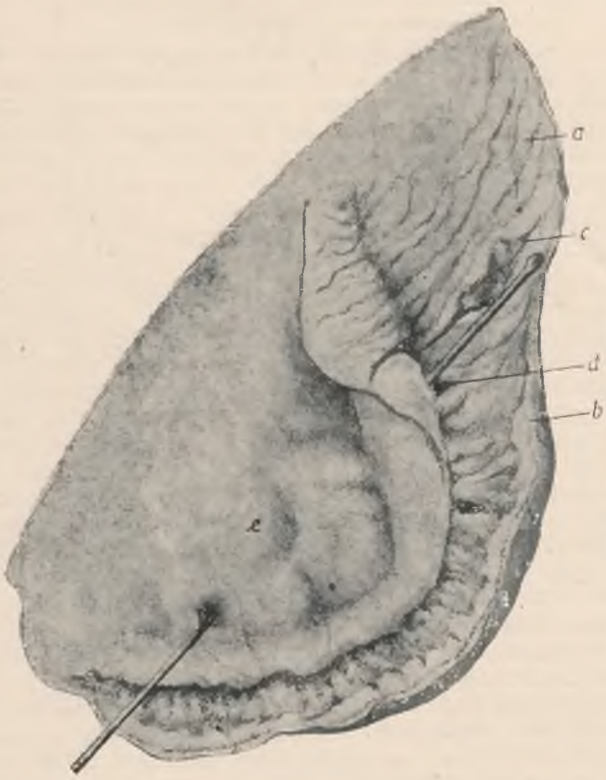
W klatce piersiowej nic godnego uwagi. W jamie brzusznej stwierdzono znaczne rozdęcie jelita czczego, rozszerzenie i obniżenie żołądka, niedochodzącego na dwa palce do pępka. Między pętlami jelit stwierdzono żółtawy płyn surowiczy nieco mętny i dość obfite złogi i naloty świeżego włóknika z ropą zmieszanego. Otrzewna ścienna i jelitowa była silnie przekrwiona, z nielicznemi wybroczynami krwawemi, zmętniała i pokryta nalotami włóknikowo-ropnemi. Z innych zmian należy wymienić nieznaczny zanik narządów i ogólną niedokrewność.

Szczególniejszą uwagę zwrócono na jelita. Przed ich wyjęciem zauważono na kiszce tuż przy przyczepie do niej jednej pętli jelita biodrowego mały otworek, o brzegach martwiczych, zgłębnik drucikowy, do niego wprowadzony, wchodził wgłąb w kierunku jelita na długość niemal 6 cm.

Jelito cienkie, w odległości około 2 metrów od zastawki Bauhina jest na długości około 15 cm znacznie skurczone i zwężone, tak, że światło jego z trudnością przepuszcza ołówek. Otrzewna, pokrywająca ten odcinek zwężony, jest nieco jednostajnie zgrubiała i zmleczała. Ten odcinek jelita jest też zrośnięty z esicą na przestrzeni długości około 8 cm. Po rozcięciu jelita zwężonego stwierdza się zgrubienie jego ściany, dochodzące do 1 cm, oraz częściowe zatarcie jego budowy warstwowej, a więc odgraniczenie błony śluzowej od podśluzowej i tejże od mięśniówki, jeszcze najlepiej jest widoczna granica mięśniówki i błony podsurowiczej. Zgrubiała błona śluzowa i podśluzowa na przekroju poprzecznym dochodzi do grubości 6 mm i wytworzona jest z białawej jednostajnej tkanki niezbyt opornej, wchodzącej pasemkowato w mięśniówkę, która też wskutek tego wykazuje poprzerywanie. Zgrubiała błona śluzowa i podśluzowa tworzy dość grube fałdy poprzeczne, które w miarę zbliżania się do błony śluzowej bardziej prawidłowej, stają się coraz mniejsze, przechodząc ostatecznie w błonę śluzową, gołem okiem niezmienioną. Najbliższy odcinek jelita cienkiego, dochodzący do zwężenia, jest wybitnie rozszerzony, a ściana jego jest tylko nieznacznie nacie

czona ową tkanką białawą, która tworzy w znacznej części ów zwężony odcinek jelita. Obwód odcinka rozszerzonego dochodzi do 10 cm. W tym rozszerzonym odcinku jelita stwierdza się dwa poprzeczne, nieco pierścieniowato przebiegające owrzodzenia o brzegach ostro ciętych, dochodzące miejscami prawie do samej otrzewnej. W początkowej części odcinka zwężonego znajduje się również owrzodzenie, o brzegach ostro ciętych i dnie głębokiem. Owrzodzenie to przebija między blaszki krezki, wskutek czego powstaje między temi blaszkami kanał z wylotem w jednej blaszce krezki, pod postacią otworu krągłego o średnicy około 4 mm, stwierdzonego jeszcze przed wycięciem jelit z jamy brzusznej. Otwór ten prowadzi do wolnej jamy otrzewnej; otrzewna w jego sąsiedztwie jest pokryta świeżemi nalotami włóknikowo-ropnemi.

Odcinek esicy, zrosły z jelitem zwężonem, jest niezmieniony. Całe jelito cienkie powyżej odcinka zwężonego jest znacznie rozszerzone i wzdęte oraz wypełnione półpłynną żółtawą treścią kałową. W pozostałem jelicie cienkiem i grubem niemożna stwierdzić jakichkolwiek zmian widocznych.



Ryc. 1. Ziarnica złośliwa jelita biodrowego i gruczołów krezkowych: *a.* rozszerzony odcinek jelita ponad zwężeniem, *b.* odcinek nacieczony rozlanie tkanką ziarniczą i zwężony, *c.* owrzodzenie. *d.* owrzodzenie, przebijające kanałowato przez krezkę, w miejscu przebicia zgłębnik drucikowy, *e.* powiększone gruczoły krezkowe.

G r u c z o ł y k r e z k o w e, usadowione w najbliższem sąsiedztwie jelita zwężonego i nacieczonego, są powiększone i dochodzą do wielkości bobu, tak, że tworzą one w krezce wyniosłości już gołem okiem widoczne, rozlane i guzowate. Gruczoły te nie są między sobą pozrastane, dają się więc dobrze od siebie odgraniczyć. Na przekroju rysunek ich budowy jest zatarty, powierzchnia przekroju jest jednostajna, biaława a spoistość miąższu gruczołowego dość miekka. Tkanka gruczołowa przypomina ową białawą tkankę zgrubiałej ściany jelita zwężonego.

Inne gruczoły limfatyczne jam ciała i obwodowe, niewykazują zmian widocznych i nie są widocznie powiększone. Również w innych narządach nie stwierdzono zmian godnych uwagi. Znaczne zwężenie ograniczonego odcinka jelita cienkiego było niewątpliwie następstwem nacieczenia jego ściany ową tkanką białawą. Mogło się tu rozchodzić albo o rozlane nacieczenie mięsakowe ściany jelita cienkiego lub też, jak już autor przy sekcji zauważył, mogła to być odosobniona ziarnica złośliwa z zajęciem, co prawda nieznacznem, także sąsiednich gruczołów limfatycznych. Jako powikłanie, będące następstwem znacznego zwężenia jelita, powstały owrzodzenia, z których jedno przebiło przez krezkę do wolnej jamy otrzewnowej, powodując ogólne zapalenie ropne otrzewnej.

R o z p o z n a n i e s e k c y j n e opiewało: *Lymphogranuloma (?) circumscriptum solidare ilei et lymphoglandularum mesentericarum. Stenosis ilei. Ulcera ilei supra stenosim. perforatio subseq. peritonitide sero-fibrinoso-purulenta universali. Hypertrophia muscularis jejuni. Meteorismus.*

Gastritis cat. chronica hypertrophica, gastrectasia, gastroptosis. Atrophia incipiens organorum. Emphysema pulmonum Concretiones pleurales lateris dextri. Anaemia universalis.

B a d a n i e d r o b n o w i d o w e.

Dla ustalenia przyrody zmiany jelitowej przeprowadzono badanie drobnowidowe, posługując się zwykłemi sposobami barwienia, stosowanemi w ziarnicy. Pod małem powiększeniem stwierdza się znaczniejsze zgrubienie błony śluzowej i podśluzowej i niewyraźną granicę między błoną podśluzową a mięśniówką, a więc to samo, co stwierdzono gołem okiem; natomiast błona podsurowicza odcina się ostro od mięśniówki.

Błona śluzowa jelita cienkiego wykazuje w miejscu rozpoczynającego się nacieczenia jeszcze zachowane kosmki, których nabłonki są jednak złuszczone, a gruczoły jeszcze zaledwie gdzieniegdzie utrzymane. Zmiany w błonie śluzowej i podśluzowej nie są równomiernie rozmieszczone. Stwierdza się tu nacieczenie mnogiemi komórkami, między któremi znajdują się pasemka tkanki łącznej lub włókienka a także naczynia krwionośne. Komórki przedstawiają rozmaitość zarówno co do typu, jak co do wielkości. Najliczniejsze są komórki jednojądrzaste o jednem krągłem jądrze, dość silnie się barwiącem; odpowiadają one komórkom limfoidalnym; znacznie mniej stwierdza się komórek plazmatycznych, gdzieniegdzie komórki z pierwoszczem eozyną silnie się barwiącem, nader skąpe leukocyty wielojądrzaste, a wreszcie poszczególne lub po kilka razem ułożonych typowych jednojądrzastych komórek wielkich typu Sternberga, tak charakterystycznych dla tkanki ziarniczej. Komórek wielojądrzastych stwierdza się bardzo niewiele, i to przeważnie w skupieniach rzadziej po jednej. Nadto stwierdza się komórki nabłonkowate w niewielkiej ilości w błonie śluzowej. Ta tkanka obficie komórkowa weiska się z błony podśluzowej w mięśniówkę, która też jest wskutek tego porozrywana; w innych miejscach znowu nacieki komórkowe oddzielają od siebie wzdłuż poszczególne pęczki włókien mięsnych.

Błona podśluzowa jest wybitnie obrzękła, a wśród niej stwierdza się obecność dowolnie rozmieszczonych komórek wymienionych. Tu też widzi się wcale nierzadko figury karjokinetyczne. W niektórych naczyniach limfatycznych, niekiedy wyraźnie rozszerzonych, stwierdza się pomnożone śródbłonki powiększone z jądrami znacznie silniej się barwiącemi. Niektóre z tych komórek wyglądają na komórki Sternberga. Tu też stwierdza się komórki olbrzymie wielojądrzaste poszczególne lub ułożone w grupach. W samej mięśniówce stwierdza się komórki mięsne przerosłe. Na powierzchni błony surowiczej są skąpe naloty włóknika, a pod nim śródbłonek pokrywkowy o typie nabłonka wałeczkowego z kilku warstw złożonego, wnikającego gdzieniegdzie wypustkowato w błonę podśluzową.

G r u c z o ł y l i m f a t y c z n e k r e z k o w e. Torebka gruczołowa jest nieco obrzękła. Budowa gruczołowa jest zatarta. Miąższ jest poprzerastany mniej lub bardziej grubemi pasmami tkanki łącznej włókienkowo-komórkowej. Tkanka między temi pasmami składa się przedewszystkiem z limfocytów, a wśród nich z nielicznych komórek jednojądrzastych z pierwoszczem silnie eozyną się barwiącem, i z tylko zaledwie gdzieniegdzie widocznych leukocytów. Wśród tego utkania stwierdza się też nieliczne komórki o typie komórek Sternberga; są one rozmieszczone po jednej, rzadziej po kilka razem. Najwięcej tych komórek stwierdza się w okolicy podtorebkowej, a więc w zatoce brzeżnej. gdzie też miejscami tworzą one jakby wyściółkę, utworzoną z beleczek tkankołącznowych, co też wyraźnie wskazuje na ich pochodzenie śródbłonkowe. Wyjątkowo w utkaniu gruczołów zachodzą wielkie komórki wielojądrzaste. Między komórkami stwierdza się włókienka a nawet delikatne pasemka podścieliska Ilość tkanki łącznej w poszczególnych gruczołach jest różna, w niektórych nawet dość znaczna. Wśród utkania stwierdza się również młodziutkie naczynia krwionośne. W innych gruczołach limfatycznych niestwierdzono zmian podobnych.

E p i k r y z a. W jelicie biodrowem stwierdzono zatem drobnowidowo jeszcze dość świeże utkanie ziarnicze, dotyczące przedewszystkiem błony śluzowej i podśluzowej, mniej mięśniówki i błony podsurowiczej. W powstawaniu tego utkania biorą udział komórki, wyścielające szczeliny i naczynia limfatyczne. W niektórych miejscach stwierdza się też bujanie nabłonków pokrywkowych otrzewny. Że jestto istotnie bujanie tkanki ziarni-

czej, świadczy o tem pewna rozmaitość typów komórkowych, wśród nich komórek wielkich, tak charakterystycznych dla ziarnicy złośliwej. Sprawa zaczęła się w błonie śluzowej i przechodzi na dalsze warstwy jelita, zajmując stopniowo błonę podśluzową i mięśniówkę. Bujanie to ma charakter naciekowy i dążność do zajmowania jelita wzdłuż, a zatem nieograniczania się, natomiast nie tworzy guzowatości. Owrzodzenia stwierdzone w rozszerzonym odcinku jelita, przechodzącym bezpośrednio w jego odcinek zwężony, powstały najprawdopodobniej w następstwie nagromadzenia się treści przed miejscem zwężonem, nie stwierdza się bowiem miejsc martwiczych w tkance ziarniczej, któreby były miejscem rozpadu i wrzodzenia, tembardziej, że owrzodzenia znajdują się w odcinku jelita ziarniczo prawie niezmienionem. Nie stwierdza się też owrzodzeń w odcinku zwężonym i najwybitniej ziarniczo zmienionym.



Ryc. 2. Przekrój poprzeczny ściany jelita ziarniczo zmienionego: *a.* błona śluzowa z kosmkami, częściowo ziarniczo nacieczona, *b.* błona podśluzowa ziarniczo zmieniona, *c.* mięśniówka nieznacznie zmieniona, *d.* błona podsurowicza obrzękła. Ok. rys. Leitz. IV. Obj. Zeiss a.

W gruczołach limfatycznych zmiany drobnowidowe odpowiadają także ziarnicy, ale świeższej, aniżeli w jelicie. W utkaniu ich stwierdza się bowiem niemal wyłącznie komórki o charakterze limfocytów a wśród nich nieliczne komórki wielkie, nadające właściwe piętno ziarnicze w utkaniu. Sądząc z utkania, należy przyjąć, że ziarnica rozwinęła się najpierw w jelicie, natomiast zmiany w gruczołach limfatycznych są zmianami następowemi. Jest to wniosek wysnuty oczywiście tylko z obrazów histologicznych.

Niewykazanie zmian ziarniczych w gruczołach limfatycznych i w narządach innych świadczy, że nasz przypadek jest pierwotną odosobnioną ziarnicą złośliwą jelita.

Histologicznie w skrawkach z jelita i gruczołów chłonnych niestwierdzono żadnych drobnoustrojów.

Tkanki ziarniczej nie szczepiono morskim świnkom.

W przypadku opisanym zachodzi zatem u mężczyzny 36 letniego odosobniona ziarnica złośliwa jelita cienkiego w odległości 2 m od zastawki Bauhina, pod postacią rozlanego nacieku błony śluzowej i podśluzowej i to na długości około 8 cm. W następstwie nacieczenia ziarniczego powstało znaczne zwężenie jelita z objawami jego niedrożności. Powyżej zwężenia powstały jeszcze w zakresie nacieczenia owrzodzenia, z których jedno przebiło przez krezkę do jamy brzusznej i spowodowało śmiertelne zapalenie otrzewnej. Gruczoły krezkowe, sąsiadujące z odcinkiem ziarniczo nacieczonym, uległy także zmianom ziarniczym.

Owrzodzenia, stwierdzone powyżej zwężenia, ale jeszcze w części ziarniczo zmienionej, powstały niewątpliwie w następstwie ucisku przez treść gromadzącą się ponad samem zwężeniem, przyczem ubytek raz powstały pogłębiał się, doprowadzając do przebicia i to nie bezpośrednio przez ścianę jelita, lecz między blaszki krezki, znacznie od siebie oddalone przez powiększone gruczoły limfatyczne, gdyż właśnie dno wrzodu objęte było przez te blaszki w miejscu przebicia.

Początkowy zanik narządów, jakoteż ogólna niedokrewność, wskazuje, że zmiany ziarnicze już trwały czas nieco dłuższy, za tem przemawia także znaczniejszy przerost mięśniówki jelita powyżej odcinka zwężonego. Brak wywiadów, niestety, nie pozwala na ustalenie dokładniejszego czasu trwania choroby.

Jak już wspomniałem, zmiany ziarnicze stwierdzano we wszystkich odcinkach przewodu pokarmowego z wyjątkiem przełyku; najczęściej zachodzą one w jelicie cienkiem. D r o p e określa częstość ziarnicy w jelicie cienkiem i żołądku na 65% w stosunku do ogółu przypadków ziarnicy przewodu pokarmowego. Szczególnie górny odcinek jelita czczego i biodrowego, a także okolica zastawki Bauhina, są ulubionem miejscem zmian ziarniczych W kilku przypadkach stwierdzono je także w dwunastnicy. W żołądku ulega ziarnicy przedewszystkiem część odźwiernikowa. Z jelita grubego należy wymienić kątnicę i odbytnicę.

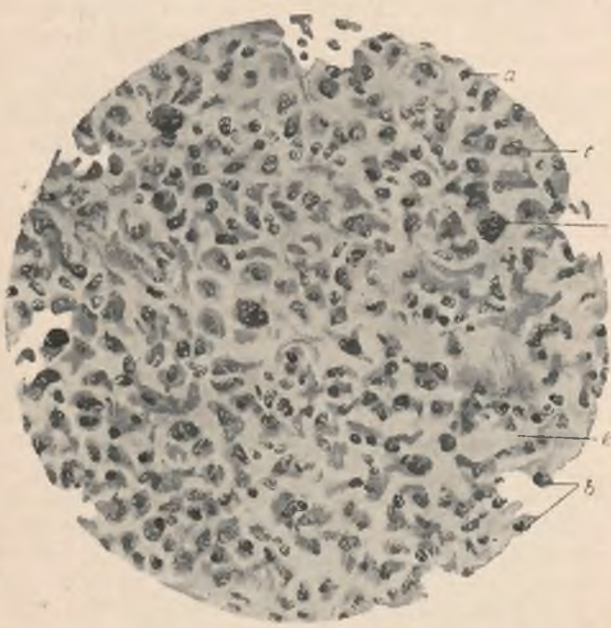
Ziarnica przewodu pokarmowego pojawia się najczęściej pod postacią ognisk mnogich, rzadziej jako zmiana ograniczona.

Mogą to być postacie następujące: 1. drobniutkie guzki lub guzy większe, dochodzące nawet do wielkości cytryny, naśladujące guzy nowotworowe, sterczące do światła jelita; 2. nacieczenia bardziej płaskie z mniejszą lub większą dążnością do rozpadu, lub wreszcie 3. owrzodzenia różnej wielkości i głębokości, prawie zawsze mnogie. Postać wrzodziejąca jest najczęstsza. Zazwyczaj stwierdza się równocześnie nacieczenia i owrzodzenia Owrzodzenia ziarnicze przewodu pokarmowego zajmują początkowo błonę śluzową, z czasem pogłębiają się i okazują dążność do przebicia, które też spostrzegano w kilku przypadkach. W szeregu przypadków opisanych owrzodzenia miały przebieg pierścieniowaty. Brzegi wrzodu są nacieczone, przyczem naciek postępuje od strony owrzodzenia coraz bardziej ku obwodowi. Dno wrzodu pokryte jest tkanką szarawą, martwiczą. Wobec tego, że wrzodziejąca postać ziarnicy przewodu pokarmowego jest postacią najczęstszą, ważnem jest odróżnienie wrzodów ziarniczych od wrzodów gruźliczych. Dla tego odróżnienia ma znaczenie nacieczenie brzegów wrzodu ziarniczego i brak gruzełków, a także wygląd gruczołów limfatycznych najbliżej położonych, które, w razie gruźlicy, wykazują zwykle obecność gruzełków lub serowacenie gruźlicze.

Ziarnica zajmuje w przewodzie pokarmowym przedewszystkiem błonę śluzową i podśluzową. W mięśniówce stwierdza się co najwyżej nieznaczne zmiany między pasmami włókien mięsnych.

W przypadku naszym zmiany ziarnicze umiejscowione są w górnej części jelita biodrowego, ograniczone są do krótkiego odcinka i tworzą postać naciekową. Nacieczenie ziarnicze zajmuje przedewszystkiem błonę śluzową i podśluzową, zmiany w mięśniówce są nieznaczne. Nacieczenie to zajęło okrężnie cały obwód jelita i w sposób jednostajny, nieguzkowy lub guzowaty, powodując znaczne zwężenie jego światła. Błona śluzowa zmieniona nie okazuje dążności do rozpadu szybkiego i wrzodzenia. Dwa wrzody, stwierdzone powyżej zwężenia, jak już wspominaliśmy, powstały najprawdopodobniej w następstwie ucisku przez gromadzącą się, zalegającą treść jelitową powyżej zwężenia. Anatomiczna postać ziarnicy, stwierdzona w przypadku naszym, należy do postaci rzadziej zachodzących, podobnie zresztą jak jej następstwo, t. j. zwężenie tak bardzo wysokiego stopnia. Przypadek nasz przypomina pierwszy przypadek d e G r o o t a ze względu na to znaczne zwężenie jelita. Dotyczył on mężczyzny 65-letniego z dolegliwościami żołądkowo-jelitowemi, dłuższy czas utrzymującemi się, w końcu z objawami zwężenia jelita, w następstwie czego wykonano laparotomję i wycięcie jelita zmienionego. Jelito w miejscu zwężenia było drożne zaledwie dla cienkiego zgłębnika, grubość ściany jelita w miejscu zwężenia dochodziła do 7 cm. Gruczoły krezkowe sąsiednie były również powiększone.

Pod względem histologicznym przypadki ogłoszone wykazują zmiany ziarnicze naogół o utkaniu typowem. Nacieczenie składa się przeważnie z komórek limfoidalnych, typowych komórek wielkich, nielicznych komórek włóknotwórczych, plazmatycznych i eozynochłonnych. Tkanka ziarnicza w naszym przypadku przedstawia obraz świeżej ziarnicy i składa się ona przedewszystkiem z komórek limfoidalnych; z innych komórek jednojądrzastych można było stwierdzić nieliczne komórki eozynochłonne i plazmatyczne, podobnie jak w innych przypadkach, znanych z piśmiennictwa. Zarówno w jelicie, jak w gruczołach



Ryc. 3. Ziarnica złośliwa jelita biodrowego: *a.* komórki limfoidalne, *b.* K. plazmatyczne, *c.* K. nablonkowata, *d.* K. wielka typu Sternberga wielojądrzasta, *e.* naczynie krwionośne. Ok. rys. Leitz IV. Obj. Zeiss DD.

krezkowych, stwierdza się udział śródbłonków w powstawaniu komórek ziarnicy. Nacieczenie błony śluzowej, najwybitniejsze i najbardziej jednostajnie rozmieszczone, wskazuje na pierwotne jej zajęcie procesem ziarniczym. Terplan podnosi, że część gruczołowa jelita ulega w ziarnicy przedewszystkiem i najpierw nacieczeniu ziarniczemu. Bujanie tkanki ziarniczej w naszym przypadku postępuje tak w jelicie, jak w gruczołach krezkowych, przemawia za tem tak charakter nacieczenia, jak brak znamion organizacji tkanki ziarniczej. Obrzęk błony podśluzowej i podsurowiczej należy odnieść do miejscowego zaburzenia w krążeniu i ostrego zapalenia otrzewnej. Przypadki ziarnicy przewodu pokarmowego z ogniskami mnogiemi mogą przedstawiać różne okresy bujania — od świeżej ziarniny do okresu organizacji niemal skończonej.

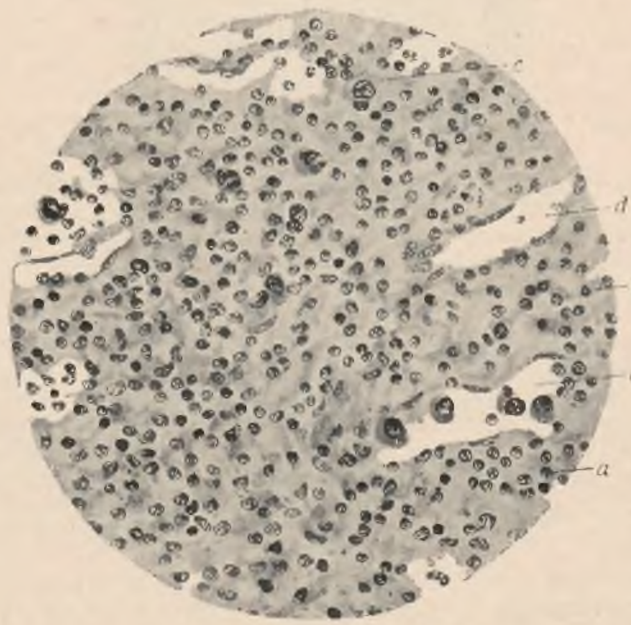
W przypadkach ziarnicy przewodu pokarmowego, zwłaszcza w jej postaciach wrzodziejących, należy wykluczyć gruźlicę, tembardziej, że może ona kombinować się z ziarnicą. Schlagenhaufer zwraca też uwagę na podobieństwo ziarnicy przewodu pokarmowego z jego gruźlicą wrzodziejącą. To podobieństwo może też być powodem zapoznania ziarnicy przewodu pokarmowego, tembardziej, że także obraz kliniczny może w danym przypadku przemawiać za jego gruźlicą. Tak w 1 i 2-gim przypadku Schlagenhaufera, w przypadku Partscha i w przypadku Terplana, ogłoszonym w r. 1922, w którym podejrzywano u kobiety 56 letniej, obok guza kiszki grubej, wrzodziejącą postać gruźlicy jelita, anatomicznie zaś stwierdzono mnogie owrzodzenia żołądka i całego jelita cienkiego i grubego. Stwierdzone nacieczenie brzegów owrzodzeń, wybroczyny, brak gruzełków gruźliczych przemawiały przeciw gruźlicy. Dwa wrzody przebiły. Między wrzodami były płaskie nacieki. Eberstadt wypowiada zdanie odnośnie do swego przypadku odosobnionej ziarnicy wrzodziejącej jelita cienkiego u mężczyzny 57-letniego, że bujanie ziarnicze wyszło najprawdopodobniej z dna wrzodu gruźliczego. Wrzód górnego odcinka jelita cienkiego miał w dnie nierówne wyniosłości, drobniutkie guzki i bliznowate zaciągnięcia. Autor stwierdził w tkance ziarniczej ziarna Mucha, niewykazał natomiast utkania gruźliczego.

Zmiana jelitowa w przypadku naszym przy oglądaniu gołem okiem robiła wrażenie mięsaka, który, jak wiadomo, lubi tworzyć nacieki rozlane w jelicie cienkiem. W toku sekcji myślano też początkowo o mięsaku. Typowy obraz histologiczny pozwolił z łatwością wykluczyć mięsaka, potwierdził natomiast późniejsze przypuszczenie, że zachodzi przypadek odosobnionej ziarnicy jelita. O gruźlicy wcale nie myślano, gdyż do tego nie było najmniejszej podstawy. Zarówno sam wygląd zmiany jelitowej, jak brak jakichkolwiek zmian gruźliczych pozwalał w toku sekcji wykluczyć gruźlicę.

Anatomiczny obraz makroskopowy ziarnicy jelita w naszym przypadku charakteryzuje się zarówno tem płaskiem nacieczeniem, jak ograniczeniem tylko do miejsca jednego i brakiem dążności do rozpadu. Płaskie nacieczenia ziarnicze, stwierdzane przez autorów, były zwykle co do przestrzeni niewielkie i mniej lub bardziej mnogie, kombinowały się też one z owrzodzeniami przy braku zwężenia jelita. W 3-cim przypadku Schlagenhaufera, ze znacznem powiększeniem gruczołów szczególnie szyjnych, u mężczyzny 42-letniego były w jelicie grubem znacznie rozszerzonem i z mięśniówką zgrubiałą nacieczenia płaskoguzowe ze specjalną konfiguracją fałdów błony śluzowej, ale równocześnie były także małe owrzodzenia powierzchowne. Gödel opisał w r. 1928 przypadek operacyjny ziarnicy jelita, jak podaje, pierwotnej i odosobnionej, u mężczyzny 31-letniego, u którego rozpoznawano zapalenie wyrostka robaczkowego. Operacyjnie stwierdzono powyżej zastawki Bauhina nacieczenia ziarnicze błony śluzowej i podśluzowej jelita biodrowego na szerokość ręki, a tuż pod zastawką Bauhina owrzodzenie. Proces, zdaniem autora, wyszedł z grudek chłonnych. Pozatem stwierdzono jedynie w wątrobie prosówkowe guzki ziarnicze.

Owe jedynie rozlane nacieczenia spostrzegano najtypowiej w części odźwiernikowej żołądka. Takie rozlane nacieczenia ziarnicze w żołądku możnaby uważać, jak podnosi Behring, za t. zw. *linitis plastica*. Gruczoły krezkowe limfatyczne, należące do zajętego odcinka jelitowego, są niemal z reguły również ziarniczo zmienione. To samo widzimy w przypadku naszym.

Zrost zmienionej pętli jelitowej z esicą świadczy o przebytem miejscowem zapaleniu otrzewnej, pokrywającej daną pętlę. Zapalenie to powstało najprawdopodobniej w związku z niedrożnością jelita, coraz bardziej się rozwijającą. Tego rodzaju zrosty spostrzegano w przypadkach ziarnicy jelita, jak n. p. w przypadku odosobnionej ziarnicy jelita czczego, ogłoszonym przez de Josselin de Jong, w którym zmiany ziarnicze dotyczyły krezki i jelita a nadto odcinki jelita schorzałego były na ograniczonej przestrzeni ze sobą zrośnięte a światła ich połączone zapomocą otworu z przebicia powstałego; był to więc rodzaj samoistnej enteroanastomozy.



Ryc. 4. Ziarnica złośliwa gruczołu krezkowego: *a.* Komórki limfoidalne, *b.* K. plazmatyczna, *c.* K. typu Sternberga, *d.* młode naczynie krwionośne, *e.* naczynie krwionośne, w niem komórki wielkie. Ok. rys. Leitz. IV. Obj. Zeiss DD.

Czy zmiany ziarnicze przewodu pokarmowego mogą ulec zagojeniu — na to niema dotąd pewnych danych. Niektórzy autorowie spostrzegali zaciąganie się wrzodów ziarniczych, jako wyraz ich gojenia się. Teoretycznie biorąc, tkanka ziarnicza

przewodu pokarmowego, organizując się, mogłaby dawać zbliznowacenie miejscowe. Dotyczyłoby to tych postaci ziarnicy, które nie ulegają rozpadowi, względnie owrzodzeniu. Trudniej jednak można przyjąć proces gojenia się wrzodów ziarniczych przewodu pokarmowego, które okazują dążność do drążenia w głąb a nawet do przebicia. Zmiany ziarnicze w przypadku naszym nieokazują dążności do gojenia się, przeciwnie, jak już wspomnieliśmy, sprawa jest raczej w postępie. Jest też prawdopodobne, że przypadki ziarnicy odosobnionej, szczególnie jelitowej, mogą z czasem zmienić się w ziarnicę uogólnioną.

Nieporuszając sprawy etjologji ziarnicy złośliwej, co do której, jak wiadomo, zapatrywania nie są wcale ustalone, należy przyjąć, że w podobnych przypadkach, jak przypadek przez nas opisany, przewód pokarmowy jest wrotami zakażenia pierwotnego. Mogłoby się tu rozchodzić o przejście czynnika chorobowego przez ścianę jelita i usadowienie się jego w najbliżej położonych gruczołach limfatycznych krezkowych i wywołanie w nich zmian swoistych a stąd dopiero proces ziarniczy mógłby przejść na jelito. Możnaby też przyjąć, że pierwotne zmiany ziarnicze powstały w jelicie, następowe zaś w odpowiednich gruczołach krezkowych. Zmiany anatomiczne i histologiczne przemawiają bardziej za pierwotnym procesem ziarniczym w jelicie i za dopiero następowem zajęciem limfatycznych gruczołów krezkowych. W szczególności za temi wrotami wtargnięcia nieznanego czynnika przyczynowego przemawia zajęcie ziarnicą przedewszystkiem błony śluzowej i podśluzowej i brak nacieczenia ziarniczego w otrzewnej i zaledwie ślad jego w błonie podotrzewnowej. Sądząc z żywego udziału śródbłonków naczyń i przestrzeni chłonnych w bujaniu ziarniczem, możnaby myśleć, że czynnik przyczynowy postępował, t. j. szerzył się, drogą chłonną od jelita do krezkowych gruczołów limfatycznych.

Nasz przypadek jest więc dobrym przykładem i przyczynkiem do poznania jednych z wrót zakażenia nieznanym czynnikiem przyczynowym ziarnicy. Świadczy on za możliwością pierwotnego zakażenia przez błonę śluzową jelita, tak, jak w przypadkach innych to znaczenie może mieć błona śluzowa jamy ustnej, gardła, migdałków i t. p.

Silny zrost pętli jelita ziarniczo zmienionego z esicą, sekcyjnie stwierdzony, i to właśnie w miejscu najbardziej zmienionem, świadczy, że sprawa w jelicie powstała już dawniej, w każdym razie wcześniej, aniżeli ziarnica odnośnych gruczołów krezkowych.

Klinicznie spostrzegano w przypadkach ziarnicy przewodu pokarmowego mniej lub bardziej stałe objawy z jego strony. Są to objawy, zachodzące zresztą także w innych schorzeniach poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego. Dotyczy to szczególnie wrzodziejących postaci ziarnicy żołądka i jelit. Spostrzegano więc biegunki, mniej lub bardziej uporczywe, niekiedy z domieszką krwi. Biegunki te mogą mieć przerwy okresowe. Innym razem może pojawiać się uporczywe zaparcie stolca. Nierzadko pojawiały się wymioty, bóle brzucha, brak łaknienia, upadek odżywienia i sił. C o r o n i n i opisała przypadek ziarnicy żołądka z krwotokiem śmiertelnym. O ile zachodzi guzowata postać ziarnicy lub, jak w przypadku naszym, znaczny naciek okrężny, wówczas pojawiają się objawy zwężenia jelita lub jego wgłobienia (H e i l m a n n-H a t r y). Niekiedy znowu sprawa może naśladować zapalenie wyrostka robaczkowego (P i s s a r e w a, K a n n e r). Chorzy z ziarnicą przewodu pokarmowego mogą ulegać wyniszczeniu już po kilku miesiącach.

Wobec braku ściśle określonych objawów charakterystycznych rozpoznawano w przypadkach ziarnicy przewodu pokarmowego przewlekłe nieżyty, gruźlicę, raka, wrzód żołądka i i. Z powodu podobnych rozpoznań chorzy ci byli operowani i dopiero badanie drobnowidowe ustalało rozpoznanie właściwe. Również gorączka przerywana, okresowa, spostrzegana w ziarnicy przewodu pokarmowego, niema poważniejszego znaczenia rozpoznawczego. Podobnie badanie krwi. W przypadkach, w których ziarnica przewodu pokarmowego jest tylko jedną ze zmian ziarnicy uogólnionej, stwierdzonej bioptycznie, przy odpowiednich objawach ze strony przewodu pokarmowego można się domyśleć jego schorzenia swoistego. W naszym przypadku były objawy niedrożności jelita; zabiegu operacyjnego nie wykonano z powodu nader złego stanu chorego, dostawionego do Szpitala z objawami zapalenia otrzewnej.

Tak więc na podstawie badania sekcyjnego i drobnowidowego w przypadku opisanym zachodzi:

1. Odosobniona postać naciekowa, dość ściśle ograniczona górnej części jelita biodrowego z zajęciem sąsiednich gruczołów krezkowych i z następowem zwężeniem jelita w stopniu znacznym u osobnika wolnego od gruźlicy. Owrzodzenia powyżej zwężenia są najprawdopodobniej owrzodzeniami pochodzenia odleżynowego.

2. Na tle przebicia jednego z wrzodów rozwinęło się śmiertelne zapalenie otrzewnej.

3. Typowa tkanka ziarnicza przedstawia okres świeży, nieokazujący dążności do organizacji.

4. Pierwotnemi wrotami dostania się czynnika chorobotwórczego jest najprawdopodobniej błona śluzowa jelita, skąd prawdopodobnie drogą naczyń chłonnych zaszło zakażenie względnie dostanie się tegoż czynnika do krezkowych gruczołów limfatycznych.

Piśmiennictwo.

A b r i k o s s o f f A. Virch. Arch. T. 275, 1929. — B l a t t P. i A. Acta pathol. et microbiol. scand. T. 5. 1928. — C a t s a r a s J. Frankf. Zeitschr. f. Path. T. 29. 1922. — C o r o n i n i. Ziegl. Betr. z. path. An. T. 80. 1928. — H e s s L. Wien. Klin. Woch. 1907. — K a n n e r. Zbltt. f. Chir. T. 53. 1926. — K a u f m a n n. Lrb. d. spec. path. An. T. 2. 1922. str. 181. — K ü c k e n s. Ziegl. Beitr. z. path. An. T. 80. 1928. — L u b a r s c h. Berl. Klin. Woch. 1918. — M e y e r E. Frankf. Zeitschr. f. Path. T. 8, 1911. — P i s s a r e w a. Arch. f. Klin. Chir. T. 149. 1928. — L a R o y. Arch. intern. de Chir. Vol. 3. 1907 przyt. Schlagenhaufer. — S a t t a G. Haematol. Arch. di Ematol. e Sierol. 2, 1901. Ref. Zbltt. f. allg. Pathol u. p. Anat. T. 32. 1922. Str. 546. — S t e r n b e r g C. Verh. d. deutsch. path. Ges. 1912. str. 21. — S u s s i g. Med. Klinik. 1924. — T e r p l a n K. Virch. Arch. T. 237. 1922. — W e i n b e r g. Zeitschr. f. klin. Med. T. 85, 1917.

Piśmiennictwo, dotyczące odosobnionej ziarnicy przewodu pokarmowego:

B e h r i n g. Acta pathol. et microbiol. scand. T. 5, 1928. — B i b l. D. Zeitschr. f. Chir. T. 198, 1926. — C a t s a r a s J. i G e o r g o n t a s B. Virch. Arch. T. 216, 1914. — D r o p e H. Virch. Arch. T. 259, 1926. — E b e r s t a d t F. Frankf. Zeitschr. f. Path. T. 15. 1914. — F r o b o e s e C. Ziegl. Beitr. z. path. Anat. T. 77, 1927. — De G r o o t J. Frankf. Zeitschr. f. Path. T. 26, 1922. — G ö d e l A. Verh. path. Anat. Wiens. Zbltt. f. a. Path. u. path. Anat. T. 46, 1928. str. 284. — H e i l m a n n i H a t r y. Med. Klinik. T. 22, 1926. — J o s s e l i n de J o n g D. Frankf. Zeitschr. f. Path. T. 31, 1925. — K a n n. Journ. of. oricutol medicin. Vol. 5. 1926. Przyt. Konjetzny w Lubarsch-Henke. Hdb. f. path. Anat. — L a n g e. Frankf. Zeitschr. f. Path. T. 31. 1926. — N e u b e r. Zbltt. f. Chir. T. 31. 1925. — P a r t s c h F. Virch. Arch. T. 230, 1921. — P a m p e r l i T e r p l a n. Med. Klinik 1925. — P a r t s c h. Virch. Arch. T. 230, 1921. — R e d w i t z. M. med. Woch. 1926. str. 1301. — S c h l a g e n h a u f e r F. Virch. Arch. T. 227, 1924. — S t e i n d l. Arch. f. klin. Chir. T. 130, 1924. — T e r p l a n K. i W a l l e s c h E. Med. Klinik. 1923. — T e r p l a n K. i M i t t e l b a c h M. Virch. Arch. T. 271. 1929. — V a s i l i u T. Le sang. biol. et pathol. 3-e Anné, N. 3. 1929. Rif. Zbltt. f. a. Path. u. p. Anat. T. 46. 1929. str. 86.

J. V. SUPNIEWSKI. Kraków.

Badania nad własnościami farmakologicznemi syntetycznych alkaloidów peyotlu.

IV. Alfa-trójmetylopyrogalloletylamina (Izomeskalina).

Z Zakładu Farmakologji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Najprostszy narząd wzroku, istniejący u jamochłonów (coelenterata), składa się z komórki nabłonkowej, wrażliwej na zmiany natężenia świetlnego, a łączącej się włóknem nerwowem z ośrodkowym układem nerwowym. Anatomicznie i czynnościowo narząd ten bardzo mało różni się od innych zakończeń zmysłowych powierzchni ciała (zakończeń termicznych (dla zimna i ciepła), zakończeń bólowych, zakończeń dotykowych) i oddziaływa podobnie jak i inne zakończenia zmysłowe skóry jedynie tylko na zmiany w natężeniu bodźca. Zwierzęta te odróżniają jedynie światło od cieni.

Pierwotny ten narząd wzroku doskonali się na wyższych szczeblach drabiny rozwojowej zwierząt. Ponad właściwym narządem wzroku tworzy się soczewka, skupiająca światło na zakończenia nerwowe, przez co narząd ten oddziaływa na bodźce świetlne bardzo słabego natężenia.

Oko pierwotne występuje w najbardziej wydoskonalonej postaci u skorupiaków *(crustacea)* i stawonogów *(arthropoda)* pod postacią konglomeratu pierwotnych narządów wzroku, jako tak zwane oko złożone. Dzięki oku temu, zwierzęta te mogą odróżniać kontury otaczających ich przedmiotów (ew. również i barwy), jednakowoż sama budowa oka wyklucza u nich wyraźne widzenie przedmiotów w takim stopniu, jak my je widzimy.

W doskonałej formie kamery fotograficznej oko występuje dopiero u kręgowców. U zwierząt tych oko posiada urządzenia optyczne, umożliwiające wyraźne widzenie przedmiotów otaczającego świata (przegroda — tęczówka, soczewka o zmiennych krzywiznach, regulowanych czynnością mięśnia rzęskowego). Soczewka oka kręgowca rzuca ostry obraz na warstwę siatkówki wrażliwą na światło, złożoną ze zmodyfikowanych komórek nabłonkowych, t. zw. pręcików i czopków.

Siatkówka jest zmodyfikowanym pęcherzem mózgowym. Składa się z warstwy neuronów z których biegną włókna nerwu wzrokowego kończące się w bocznem ciałku kolankowatem *(corpus geniculatum laterale)*. Komórki te łączą się z leżącemi pod niemi neuronami gwiaździstemi, które znów swemi wypustkami połączone są z elementami wrażliwemi na światło, z warstwą czopków i pręcików. Pręciki i czopki spoczywają wreszcie na nabłonku produkującym barwik (purpurę wzrokową), uczulający optyczne zakończenia nerwowe.

Pierwszą stacją pośrednią dróg wzrokowych w mózgowiu jest boczne ciałko kolankowate *(corpus geniculatum laterale)*. Komórki nerwowe znajdujące się w tym zwoju dają wypustki nerwowe, które biegną bądź do wzgórka wzrokowego *(thalamus opticus)*, bądź do kory mózgowej. U niższych kręgowców niema właściwej kory mózgowej. U zwierząt tych zasadniczą rolę w powstawaniu podświadomych wrażeń wzrokowych odgrywa wzgórek wzrokowy. U zwierząt tych niema szlaków nerwowych, łączących półkule mózgowe z bocznem ciałkiem kolankowatem. Wzgórek wzrokowy u tych zwierząt jest ośrodkiem podświadomych wrażeń wzrokowych, siedliskiem odruchów wzrokowych. U najwyższych ssaków (ludzi, małp) wzgórek wzrokowy nie spełnia żadnej poważniejszej czynności w samym procesie widzenia, zachowuje jedynie czynności ośrodka odruchów optycznych (odruch źrenicy na światło). U zwierząt tych ulegają zanikowi szlaki łączące boczne ciałko kolankowate ze wzgórkiem wzrokowym, zato rozwijają się nowe szlaki łączące nową korę mózgową (neopallium) z bocznem ciałkiem kolankowatem *(area striata)*.

Potyliczna część neopallium spełnia zasadniczą rolę w procesie świadomego widzenia. Każdy czopek i pręcik siatkówki znajduje swój odpowiednik pod postacią neuronu w sferze wzrokowej neopallium. Możemy mówić śmiało o rzucie (projekcji) siatkówki na korze mózgowej.

U małp i ludzi w punkcie przecięcia się osi optycznej oka z siatkówką znajdujemy nagromadzenie czopków, a więc narządów służących do widzenia barwnego, pod postacią tak zwanej plamki żółtej. Plamka żółta ma na korze mózgowej dość duże pole projekcyjne, pole, które prawdopodobnie gra zasadniczą rolę w procesie widzenia barw.

Sfera wzrokowa neopallium łączy się włóknami projekcyjnemi z psychicznemi ośrodkami kory mózgowej. Tą drogą przenoszone są wrażenia wzrokowe do naszej świadomości, odtwarzając nam plastyczne barwne obrazy wzrokowe.

Jedynie ludzie i małpy posiadają zdolność świadomego plastycznego widzenia. Ułożenie oczu w czaszce ludzkiej i małpiej pozwala na widzenie stereoskopowe (osi wzrokowe przecinają się), natomiast inne kręgowce nie posiadają urządzeń, pozwalających na powstawanie plastycznych wrażeń wzrokowych. Plastyczne widzenie zdaje się stać w ścisłym związku z rozwojem kończyn przednich. Zwierzę wykonujące skomplikowane ruchy swemi kończynami przedniemi musi mieć bardzo dobrze rozwinięty zmysł przestrzeni. Dla ludzi i małp zasadniczym narządem, orjentującym w przestrzeni, jest oko, w odróżnieniu od innych ssaków, gdzie spełnia ono mniejszą, podrzędniejszą rolę.

Obserwacje nad powstawaniem omamów (halucynacyj) barwnych u ludzi zatrutych meskaliną wskazują, że takie omamy powstają w ośrodkowym systemie nerwowym. Siatkówka oka nie może brać udziału w powstawaniu halucynacyj wyraźnych barwnych obrazów. Mało prawdopodobnem wydaje się, aby halucynacje te mogły powstawać we wzrokowych ośrodkach podkorowych *(corpus geniculatum laterale, thalamus opticus)*. Wzgórek wzrokowy nie odgrywa poważniejszej roli w powstawaniu wrażeń wzrokowych u człowieka. Podczas zatrucia meskalinowego spostrzegamy u ludzi osłabienie i zwolnienie odruchu źrenicy na światło, wskazujące na zahamowanie w szlaku: siatkówka — nerw wzrokowy — ciałko kolankowate — wzgórek wzrokowy — jądro nerwu okoruchowego. Poprzednie nasze badania dowiodły, że meskalina nie wywiera większego działania na wrażliwość i przewodnictwo nerwów, z czego wynika, że zahamowanie odruchu na szlaku wzrokowym zależeć musi od osłabienia czynności komórek nerwowych.

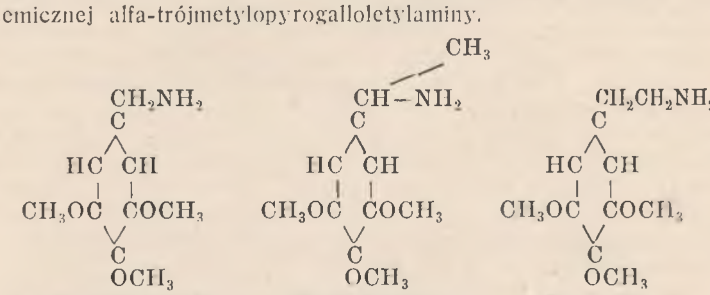
Charakter halucynacyj barwnych u ludzi zatrutych meskaliną, oraz występowanie tych halucynacyj przy zachowanej świadomości zdają się wskazywać, że siedliskiem ich musi być sfera widzenia barwnego w korze mózgowej.

Podczas zatrucia meskaliną obok halucynacyj spostrzegamy osłabienie czynności narządów zmysłów: wzroku, słuchu i dotyku. Prawdopodobnie halucynacje meskalniowe powstają wskutek osłabienia czynności zwojów podkorowych, wskutek tego prawidłowe podniety zmysłowe nie dochodzą w dostatecznem natężeniu do neuronów sfery plastycznego i barwnego widzenia w neopallium, a w komórkach tej sfery egocentrycznie powstają podniety, przenoszone drogą włókien projekcyjnych na sferę psychiczną, dając tam wrażenia plastycznych i barwnych wizji i halucynacyj.

W poprzednich naszych doniesieniach (Polska Gazeta Lekarska 1930, Medycyna Warszawska 1930) omawialiśmy własności farmakologiczne zsyntetyzowanej przez nas meskaliny oraz związków zbliżonych do meskaliny swą budową chemiczną.

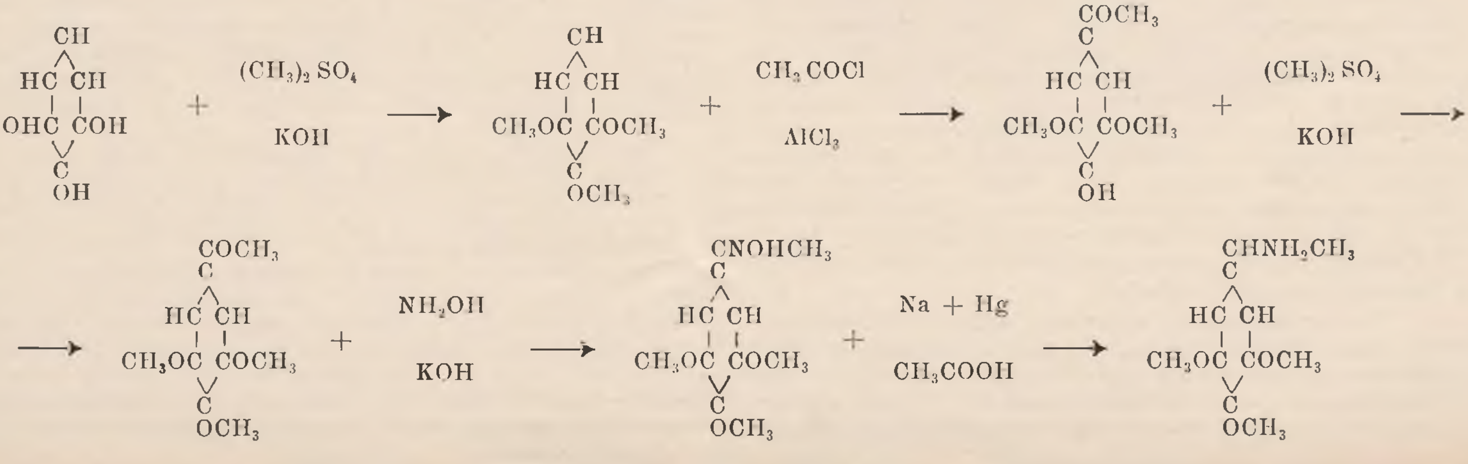
Z badań tych wynika, że swoiste własności meskaliny zależą od obecności ugrupowań chemicznych trójmetylopyrogallolu niwelujących sympatykotoniczne własności aminy benzo-alifatycznej.

Obecnie zajmiemy się opisem własności farmakologicznych alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy, związku stojącego ze względu na swą budowę chemiczną pośrodku między meskaliną, a opisaną już przez nas alfa-trójmetylopyrogallolmetylaminą. Związek ten ma empiryczny wzór chemiczny identyczny z wzorem meskaliny i różni się od niej tylko obecnością grupy aminowej przy węglu alfa łańcucha etanowego. W odróżnieniu od poprzednio przez nas opisanych związków preparat ten ma jeden węgiel asymetryczny, jest przeto związkiem optycznie czynnym, może dawać dwie odmiany chemiczne prawo- i lewo- zwrotne. Do doświadczeń naszych używaliśmy łatwo w wodzie rozpuszczalnego siarczanu racemicznej alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy.



Alfa-trojmetylo-pyrogallolmetylamina | Alfa-trojmetylo-pyrogalloletylamina | Meskalina

Synteza.



Produktem wyjściowym syntezy był pyrogallol, który metylowano siarczanem metylu i ługiem potasowym w cieplocie około 40° do trójmetylopyrogallolu. Otrzymany produkt reakcji wiązano w rostworze dwusiarczku węgla z chlorobezwodnikiem kwasu octowego w obecności bezwodnego chlorku glinu. Powstawał suringoacetofenon, który metylowano siarczanem metylu i ługiem potasowym w 30° do trójmetylopyrogallolacetofenonu. Z otrzymanego fenonu robiono oksym, wiążąc go w ciągu 24 godzin 38° z chlorowodorskiem hydroksylaminy i alkoholowym ługiem. Krystaliczny oksym redukowano amalgamatem sodu w 50° w roztworze bezwodnego kwasu octowego i alkoholu etylowego. Jako końcowy produkt redukcji otrzymano w bardzo dobrym wydatku alfa-trójmetylopyrogalloletylaminę jako płyn oleisty, przyciągający dwutlenek węgla z powietrza.

Alfa-trójmetylopyrogalloletylamina tworzy z kwasami bardzo dobrze w wodzie rozpuszczalne sole (siarczan trudno krystalizuje. tworzy syropowate roztwory).

Do doświadczeń używaliśmy siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy, łatwo rozpuszczającego się w wodzie i dającego roztwory oddziałujące obojętnie w stosunku do lakmusu.

Toksyczność dla myszy.

Białym myszom wagi około 20 g wstrzykiwano podskórnie na grzbiecie kolejne dawki siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy. W pół godziny po wstrzyknięciu występowały pierwsze objawy zatrucia preparatem, zupełnie podobne do objawów zatrucia meskaliną. Zwierzęta znajdowały się w stanie zamroczenia — półsnu. Występowały wybitne objawy bezładu ruchów (ataksji) oraz objawy drżenia zamiarowego.

Objawy zatrucia trwały bardzo długo. Jeszcze po 12 godzinach można było stwierdzić wyraźne objawy zamroczenia u zwierząt, którym wstrzyknięto preparat. Po wstrzyknięciu dawki śmiertelnej następowała śmierć w 2—3 godzin z powodu porażenia ośrodka oddechowego.

Wyniki badania toksyczności podajemy na następującej tabeli.

Toksyczność siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy dla białych myszy.

Wprowadzono podskórnie następujące dawki preparatu.

Dawka g/kg	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8
Ilość myszy użytych do badania	1	2	3	3	2	1	1
Po 24 godz. żyje	1	2	2	0	0	0	0

Alfa-trójmetylopyrogalloletylamina jest bardziej toksyczna przy wprowadzeniu dożylnem. Dawka 0.1 g/kg siarczanu tej aminy wywołuje u kota porażenie mięśnia sercowego.

Działanie na krążenie.

Ciśnienie krwi.

Do doświadczeń używano kotów narkotyzowanych 1.4 g/kg uretanu.

Zastrzyknięcie dożylne siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy począwszy od 0.003 g/kg wywoływało początkowo bardzo nieznaczny wzrost ciśnienia tętniczego, następnie dość długotrwały i mierny spadek ciśnienia krwi oraz powrót do poziomu normalnego.

Badania onkometryczne.

Objętość kończyny przedniej kota.

U kota narkotyzowanego uretanem (1.4 g/kg) zapisywano objętość kończyny przedniej przy pomocy pletyzmografu wodnego

Dożylne wstrzyknięcie 0.01 g/kg siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy wywołuje równolegle do spadku ciśnienia krwi spadek objętości kończyny przedniej zamkniętej w onkometrze.

Objętość jelita cienkiego kota.

Objętość pętli jelit cienkich kota rejestrowano przy pomocy onkometru powietrznego Schafera. Do doświadczeń użyto kota narkotyzowanego 1.4 g/kg uretanu.

Dożylne wstrzyknięcie 0.01 g/kg siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy wywołuje równolegle do wzrostu ciśnienia krwi zwiększanie się objętości pętli jelit cienkich zamkniętej w onkometrze.

Objętość nerki kota.

U kota narkotyzowanego 1.4 g/kg uretanu zapisywano objętość nerki przy pomocy onkometru powietrznego Schafera.

Dożylne wstrzyknięcie 0.01 g/kg siarczanu alfa-trójmetypyrogalloletylaminy wywoływało w okresie spadku ciśnienia krwi zwiekszanie się objętości nerki zamkniętej w onkometrze.

Objętość śledziony kota.

Objętość śledziony kota narkotyzowanego 1.4 g/kg uretanu zapisywano przy pomocy onkometru powietrznego Schafera.

Dożylne wstrzyknięcie 0.01 g/kg siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy wywoływało zwiększanie się objętości śledziony kota zamkniętej w onkometrze.

Perfuzja naczyń krwionośnych żaby.

Do doświadczeń używano preparatu Trendelenburga. Wynik doświadczenia podajemy na następującej tablicy:

Czas minuty	Ilość kropli na minutę	
0	140	Ringer
5	136	
10	136	
0	140	1/5000 siarczan
5	175	alfa - trójmetylopyrogalloletylamina
10	186	
0	110	1/1000 $BaCl_2$
5	62	

Protokół doświadczeń wskazuje, że siarczan alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy w rozcieńczeniu 1/5000 wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych żaby. Jon baru przeciwdziała temu rozszerzeniu naczyń.

Działanie na serce.

Serce żaby.

Do doświadczeń tych zastosowano met. Straubа perfuzji komór serca żaby wodnej.

Rozcieńczenia siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy mniejsze niż 1/10000 wywierają bardzo nieznaczne działanie na serce żaby. Rozcieńczenie 1/10000 wywołuje nieznaczne przyspieszenie czynności serca oraz zmniejszenie amplitudy skurczów. Rozcieńczenie 1/1000 wywołuje wybitne zwolnienie skurczów serca nieznikające po zatruciu serca atropiną. Rozcieńczenie 1/600 hamuje ruchy serca.

Krzywa kardjometryczna serca kota.

Do doświadczeń tych użyto kota narkotyzowanego uretanem (1.4 g/kg). Ruchy serca zapisywano kardjometrem Hendersona.

Dożylne wskrzyknięcie 0.01 g/kg siarcianu aifa-trójmetylopyrrogalloletylaminy wywoływało u kota w okresie spadku ciśnienia krwi wybitne zwolnienie ruchów serca, zmniejszenie objętości skurczów oraz wzrost objętości serca. Zmiany te znikały w miarę jak ciśnienie krwi, wracało do poziomu prawidłowego.

* * *

Na krążenie działa alfa-trójmetylopyrogalloletylamina identycznie do meskaliny. Wywołuje ona spadek ciśnienia krwi zależny od rozszerzenia naczyń krwionoych jamy brzusznej oraz od mniejszej wydajności serca centralnego z powodu zwolnienia i osłabienia czynności mięśnia sercowego.

W odróżnieniu od meskaliny alfa-trójmetylopyrogalloletylamina jest związkiem bardziej trującym dla serca żaby. Alfa-trójmetylopyrogalloletylamina podobnie jak meskalina wywołuje czynne rozszerzenie naczyń krwionośnych — pochodzenia obwodowego.

Działanie na oddychanie.

Ruchy oddechowe.

Dawki siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy 0.01—0.08, wprowadzone dożylnie, nie wywierają większego wpływu, ani na częstość ani na głębokość ruchów oddechowych kota narkotyzowanego 1.4 g/kg uretanu.

Objętość płuc.

Do doświadczeń użyto dekapitowanego kota. Objętość płuc zapisywano met. Jacksona.

Dożylne wstrzyknięcie 0.01 g/kg siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy wywoływało u kota nieznaczne zmniejszenie się objętości płuc i szybki powrót do normy stanu prawidłowego. Zmiany te wskazują na skurcz oskrzeli, pod wpływem działania preparatu.

Działanie na mięśnie gładkie.

Jelita kota *„in situ"*.

Do doświadczeń użyto kota narkotyzowanego 0.1 g/kg chloralozy. Ruchy jelit zapisywano enterografem balonikowym. Zapisywano ruchy jelita krętego *(ileum)*.

Dożylne wstrzyknięcie 0.01 g/kg siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy wywoływało skurcz i zwiększenie się ruchu robaczkowego jelit, przechodzące w fazę zmniejszenia i zwolnienia ruchów jelit.

Wyosobniony przełyk żaby.

Rozcieńczenia 1/10000—1/2000 siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy wywołują skurcz wyosobnionego przełyku żaby.

Rozcieńczenie 1/1000 wywołuje rozkurcz i zahamowanie ruchu wyosobnionego przełyku żaby.

Wyosobnione jelito cienkie królika.

Rozcieńczenie 1/20000 siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy wywołuje nieznaczne zwiększenie amplitudy skurczów wyosobnionego jelita królika.

Rozcieńczenie 1/8000 hamuje ruchy robaczkowe jelit oraz obniża napięcie toniczne jelita.

* * *

Małe dawki alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy wywołują skurcz mięśni gładkich, nieco większe dawki tego preparatu hamują ruch i obniżają napięcie toniczne mięśni gładkich. Alfa-trójmetylopyrogalloletylamina jest ciałem bardziej trująco działającem na mięśnie gładkie, niż meskalina bądź alfa-trójmetylopyrogallolmetylamina.

Działanie na korę mózgową.

Do doświadczeń tych użyto kota narkotyzowanego 0.3 g/kg medinalu wprowadzonego podskórnie. Medinal obniża bardzo nieznacznie wrażliwość kory mózgowej (w odróżnieniu od narkotyków grupy alkoholu), a działa głównie na zwoje podkorowe. Kotu temu odtrepanowano pokrywy kostne półkul mózgowych, przecięto oponę twardą, chroniąc tętnicę oponową i zatokę żylną strzałkową. Następnie określano przy pomocy prądu indukcyjnego stopień wrażliwości sfery ruchowej kory mózgowej, orjentując się minimalnym widocznym i wyczuwalnym ruchem mięśni. Ze względu na łatwość dostępu zasadniczo określano wrażliwość ruchowego ośrodka korowego mięśni karku. Wrażliwość ta była dość stała i wynosiła w czasie półgodzinnego okresu trwania doświadczeń około 12 cm skali naszej cewki indukcyjnej. W przerwach między doświadczeniami korę mózgową okrywano watą, napojoną ciepłym 38° płynem Ringera. Po dożylnem wstrzyknięciu 0.05 g/kg siarczanu alfa-trójmetylopyrogalloletylaminy spostrzegano obniżenie wrażliwości kory mózgowej aż do 9 cm skali cewki indukcyjnej. Wstrzyknięcie 0.1 g/kg obniżyło wrażliwość kory mózgowej, aż do poziomu 7 cm skali cewki. Wstrzyknięcie 0.15 g/kg preparatu zahamowało ruchy serca i obniżyło poziom wrażliwości kory, do 5 cm skali. Doświadczenie kontrolne, wykonane na kocie u którego zahamowano mechanicznie krążenie (ucisk na serce), wykazało, że w ciągu 15 minut próg pobudliwości kory mózgowej utrzymuje się na poziomie 8 cm skali cewki indukcyjnej.

Takiesame doświadczenia wykonano wstrzykując 0.1 g/kg meskaliny i otrzymano takie same obniżenie pobudliwości sfery ruchowej kory mózgowej.

* * *

Na krążenie, oddychanie, mięśnie gładkie, alfa-trójmetylopyrogalloletylamina działa identycznie do meskaliny i alfa-trójmetylopyrogallolmetylaminy. Związek ten okazał się bardziej trującym od alfa-trójmetylopyrogallolmetylaminy i meskaliny. Obecność dłuższego łańcucha alifatycznego między grupą aminową, a pierścieniem benzenowym wpływa na zmniejszenie toksyczności preparatów. Objawy zatrucia u ssaków są identyczne z objawami zatrucia meskaliny i charakteryzują się swoistym stanem zamroczenia.

Badania nasze dowiodły, że alfa-trójmetylopyrogalloletylamina i meskalina obniżają wrażliwość sfery ruchowej kory mózgowej. Prawdopodobnie wywierają one identyczne działanie na odcinki wzrokowe, czuciowe, słuchowe i psychiczne kory mózgowej. Spostrzeżenie to tłómaczy nam zupełnie stan zamroczenia spostrzegany u zwierząt, zależny od obniżenia czynności kory mózgowej. Charakterystyczne drżenie spostrzegane u zwierząt zatrutych temi preparatami, przemawiałoby za tem, że czynność zwojów podkorowych jest porażona w mniejszym stopniu niż czynność kory mózgowej.

Ciała meskalinowe mają swój główny punkt uchwytu działania farmakologicznego w komórkach ośrodkowego układu nerwowego i wiele spostrzeżeń zdaje się za tem przemawiać, że działanie to kieruje się przedewszystkiem na najmłodsze i najbardziej zróżniczkowane komórki neopallium.

Działanie meskaliny, chociaż zasadniczo różne, przypomina jednak z pewnych względów działanie morfiny. Tak morfina, jak i meskalina, działają na najbardziej zróżniczkowane składniki ośrodkowego układu nerwowego. Alkaloidy te w odróżnieniu od narkotyków z grupy alkoholu lub mocznika wywierają minimalne działanie na neuryty. Działanie meskaliny zdaje się być jeszcze bardziej zróżniczkowane od działania morfiny. Dawki meskaliny działające na korę mózgową nie wywierają działania na część opuszkową mózgu (brak oddziaływania ośrodka oddechowego i ośrodka naczynioruchowego), a więc odcinek mózgowia, w którym uderza w oczy działanie alkaloidów morfinowych. Meskalina nie poraża ośrodków hamujących odruchy w zwojach podstawnych mózgu. Przy zatruciu meskalinowem nie spostrzegaliśmy nigdy kurczów tężcowych, tak charakterystycznych dla zatrucia alkaloidami morfinowemi (u żab).

Podobnie jak alkaloidy morfinowe (z wyjątkiem zdenaturowanych produktów rozpadu ich jak apomorfina i apokodeina) pochodne meskalinowe nie wywierają dużego działania systemowego poza działaniem na ośrodkowy układ nerwowy.

Stosunkowo duże dawki preparatów wywołują nieznaczny spadek ciśnienia krwi, zależny od rozszerzenia naczyń krwionośnych jamy brzusznej oraz od obniżenia czynności mięśnia sercowego. W małych dawkach wywołują kurcz mięśni gładkich, w większych hamują ich czynność. Działanie sympatykotoniczne tych związków jest minimalne.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Jerzy GRZĘDZIELSKI, Lwów.
asystent Kliniki okulistycznej U. J. K.

Wrażenia z klinik szwajcarskich.

Pragnąc się podzielić na tem miejscu z czytelnikami Polskiej Gazety lekarskiej wrażeniami zebranemi podczas 5½ miesięcznej pracy na klinice okulistycznej w Zurychu, nie zamierzam dokładnie opisywać kliniki prof. Vogta, ani też zdawać sprawy z całej jej działalności naukowej. Muszę jednak podnieść, że jest to zakład wzorowo urządzony i prowadzony, z chlubnemi tradycjami naukowemi; wystarczy tylko wymienić dwóch jej pierwszych szefów: profesorów Hornera i Haaba.

Organizacja pracy naukowej wychodzi poza mury kliniki. Dzięki współdziałaniu władz, szpitali prowincjonalnych i praktykujących lekarzy klinika ma stałą kontrolę nad swymi przypadkami i ich rodzinami, zamawia je w razie potrzeby, zwracając im koszta podróży, względnie też wysyła do poszczególnych miejscowości swych asystentów, którzy zaopatrzeni w potrzebne aparaty przeprowadzają na miejscu wszelkie badania. W ten sposób powstają prace naukowe oparte na dużym materjale statystycznym, zostają zestawiane drzewa genealogiczne dla badań nad dziedzicznością i t. p.

Nie gorzej też przedstawiają się sprawy wewnętrzne, jak to widać z ilości i pracy personelu pomocniczego, z prowadzenia kart chorobowych, troskliwej opieki nad chorymi, z wyposażenia kliniki w pomoce naukowe.

Do kliniki prof. Vogta ściągnęła mnie głównie chęć zapoznania się u samego źródła z badaniem lampą szczelinową i wziernikowaniem w świetle bezczerwiennem. O metodach tych i o zasługach Vogta nie potrzebuję mówić szczegółowo, gdyż były one już nieraz omawiane na łamach tej Gazety. Lampa szczelinowa, dla okulisty, który się z nią zapoznał i do niej przyzwyczaił, staje się tak samo niezbędnym środkiem badania, jak soczewka i wziernik. Wspomnę tylko jakie usługi oddaje ona przy rozpoznawaniu drobnych zmian na rogówce, w stwierdzaniu przebicia jej, czy to ze świeżych zmian, czy ze starej blizny, we wczesnem rozpoznaniu *iridocyclitis,* a zwłaszcza zapalenia współczulnego z punktów w ciałku szklistem i krążących w przedniej komorze. Największe jednak tryumfy odnosi lampa szczelinowa w badaniu soczewki. Pracom Vogta zawdzięczamy poznanie struktury żyjącej soczewki i zmian jakim ona ulega w ciągu życia. Przy pomocy lampy szczelinowej potrafimy oznaczać okres życia w jakim pewne zaćmienia soczewki powstały, wiemy też do czego mamy je odnieść. Inny obraz bowiem daje w początkach katarakta exogenna n. p. diabetyczna, a inny n. p. zaćma starcza, jako, że pierwsza zaczyna się podtorebkowo, a druga w głębi kory. Następnie, przy pewnych chorobach (n. p. przy myotonicznej dystrofji) stwierdza się swoiste typy katarakt. Ponadto wykazał Vogt, że pewne typy katarakt są dziedziczne i powtarzają się u członków danej

rodziny w najdrobniejszych szczegółach. Też obraz zwyczajnej zaćmy starczej, podobnie jak inne znamiona starcze, jest dziedziczny.

W praktyce oddaje nam lampa szczelinowa usługi w określaniu dojrzałości katarakty jądrowej *(cataracta nuclearis s. dura)* z podtorebkowych zaćmień w przedniej i tylnej korze, umożliwia odróżnienie starczych zaćmień w tylnej korze od występujących przy schorzeniu ciałka szklistego i dna oka *(cataracta complicata)*. Też opisom Vogta zawdzięczamy poznanie odpowiednika morfologicznego dla t. zw. „soczewki o podwójnem ognisku", którą określano dawniej jako „fałszywy lenticonus". Vogt wykazał, iż to jest pewien typ *cataracta nuclearis,* cechującej się ostrem odgraniczeniem jądra embrjonalnego.

Mówiąc o wziernikowaniu w świetle bezczerwiennem pominę jego znaczenie w wykrywaniu dziedzicznych i wrodzonych zmian w plamce żółtej, braku żółtej barwy przy albinizmie, tłumaczących nam brak dobrej bystrości wzroku — wskażę tylko na możność objektywnego rozpoznawania zmian w pęczku papillo-makularnym. Zanik jego odznacza się zblednięciem żółtego obszaru, zamazaniem refleksu w *fovea centralis* i zatarciem rysunku włókien nerwowych między plamką żółtą a tarczą nerwu wzrokowego. Takie zmiany spotykamy w amblyopji toksycznej, rozsianem stwardnieniu, oraz sprawach miażdżycowych i urazowych nerwu wzrokowego.

Metodyka Vogta w tych badaniach jest klasycznie prosta. Nie polega ona na skomplikowanych przyrządach, lecz opiera się na aparaturze bez zarzutu, wprawnem oku, kontroli zapomocą rysunku i ścisłej analizie uzyskanych spostrzeżeń.

Dla wczesnego rozpoznawania hemianopsji skroniowej przy guzach przysadki Vogt zmodyfikował badanie kampimetryczne pola widzenia w ten sposób, że bada jak zwyczajnie na tablicy Bjerruma małym znaczkiem, ale z odległości 5—6 m. Okazuje się wtedy, że przy sprawach przysadkowych znaczek daleko prędzej się gubi w polu skroniowem jak nosowem i hemianopsja występuje tam, gdzie na zwykłym perymetrze nie dało się jej wykryć. W ten sposób ujawnia się tło przysadkowe w wielu niejasnych przypadkach zaniku nerwu wzrokowego.

Ważną nowością w rozpoznawaniu roentgenologicznem ciał obcych oka jest wprowadzenie przez Vogta zdjęć bezszkieletowych. Małe ciała obce, szkło, o wiele łatwiej występują, jeżeli się wyeliminuje ze zdjęcia cień kości oczodołu. W tym celu wprowadza się między gałkę a nosową ścianę oczodołu, możliwie głęboko, specjalny (podwójny) film na odpowiedniem trzymadle, przyczem rura aparatu znajduje się od strony skroniowej. Do zdjęcia używa się promieni miękkich i krótkiego czasu ekspozycji. Dla rozpoznania ciała obcego robi się w ten sposób 5 zdjęć przy różnych ustawieniach gałki, a dla dokładnego umiejscowienia ponadto kilka z różnych kierunków, przyczem pewne punkty na gałce znaczy się przez wpinanie haczyków metalowych w spojówkę. W ten sposób zlokalizowane ciała obce niemagnetyczne Vogt wydobywa przez nacięcie twardówki w odpowiedniem miejscu. Oczywiście, zapomocą zdjęć bezszkieletowych można wykazać ciała obce jedynie przedniego odcinka gałki ocznej, ale to nie umniejsza wartości metody, gdyż drobne ciała obce z powodu małej siły przebijającej nie wchodzą głęboko.

Wspomnieć jeszcze należy o sztuce operacyjnej. Według Vogta trzy czynniki zapobiegają infekcji przy operacji katarakty: 1) krwotok po kantotomji, 2) staranne sączkowanie podczas operacji, 3) najważniejszym środkiem profilaktycznym jest argyrol 25%. Przygotowanie do operacji katarakty na klinice w Zurychu polega na preparacie bakterjologicznym, obcięciu rzęs i wyjodynowaniu brzegów powiek, przepłukaniu worka spojówkowego argyrolem, oraz założeniu jałowego, ochronnego opatrunku na 1—2 dni przed zabiegiem. Zasady których się trzyma operator są następujące: 1) nie dotykać powiek palcami, 2) powieki otwiera się nie zapomocą rozwórki, lecz dwoma pincetami i puszcza się je po każdym akcie operacji, 3) staranne usuwanie resztek korowych.

Poglądy Vogta na istotę zmian starczych i degeneracji przy myopii zaciekawią każdego lekarza, nietylko okulistę. Wynikają one z zapatrywań jego na dziedziczność. Nietylko pewne choroby oka podlegają ścisłym prawom dziedziczności, ale też dziedziczność pracuje z niesłychaną precyzją w wytwarzaniu pewnych szczegółów budowy oka, n. p. barwy tęczówki, brodawek barwikowych na rąbku źrenicznym *(flocculus),* pewnych postaci katarakt, kształtu tarczy nerwu wzrokowego i t. p. Podobnie też nietylko sama myopja osiowa[1]) jako jednostka chorobowa jest dziedziczną, ale też dziedziczy się i sam typ zwyrodnienia siatkówki i naczyniówki przy krótkowzroczności. Żadna mechanistyczna teorja nie potrafi wytłumaczyć występowania zmian na dnie oka, jak *conus, atrophia peripapillaris,* zmian w plamce w żółtej i t. p. Są przypadki bardzo wysokiej myopji bez tych zmian, podczas gdy przy stosunkowo niskiej mogą być one bardzo wybitne. Natomiast ujęcie sprawy pod kątem widzenia dziedziczności wyjaśnia wszystko. Są pewne rodziny krótkowzrocznych, gdzie te zmiany w sposób bardzo charakterystyczny i typowy się powtarzają, natomiast inne są od nich zupełnie wolne. Do pewnego stopnia odnosi się to też i do oderwania siatkówki.

Przeciw mechanistycznemu pojmowaniu myopji przemawia też to, że oś gałki ocznej wzrasta tylko tak długo, jak dany osobnik rośnie. Z chwilą ukończenia wzrostu ciała kończy się i wzrost myopji. Przyrost myopji w późniejszym wieku należy odnieść do zwiększenia łamliwości soczewki (soczewka o podwójnem ognisku). Na wzrost myopji niema najmniejszego wpływu, czy dane oko pracuje czy nie, jak to widać z przypadków jednostronnej, wysokiej myopji, gdzie takie oko zezuje i jest wykluczone z widzenia obuocznego. Natomiast zmiany przy myopii, jak schorzenie plamki żółtej, krwotoki na siatkówce i t. p. postępują mimo, że oś gałki się nie zwiększa. Wskazuje to na ich naturę degeneratywną.

Na istotę myopji rzucają wiele światła przypadki heterotypowego *„conus"*, zwłaszcza *conus inferior.* Przy sierpie ku dołowi występuje ektazja dna oka w obszarze poniżej tarczy nerwu wzrokowego. Cechuje się to odbarwieniem dna oka w tym obszarze do czego może się dołączyć zanik naczyniówki i co najważniejsze, to wgłębienie dna oka jest postępujące. Zachowuje się więc identycznie jak ektazja tylnego bieguna gałki przy myopji osiowej i jest także dziedziczne.

Zmiany starcze i spowodowane myopją na pierwszy rzut oka wydają się rzeczami całkiem odrębnemi. Jednak Vogt wykazał między niemi istotne związki, które rzucają światło zarówno na powstanie zmian krótkowzrocznych, jak i na naturę zmian starczych. Punkty styczne między oboma są następujące:

1) Zarówno w myopji, jak i u starców występują zmiany dokoła tarczy nerwu wzrokowego, czy to jako *conus temporalis,* czy *atrophia chorioideae circumpapillaris.* Częstość tych zmian w oczach o refrakcji miarowej lub nadmiarowej wzrasta wraz z wiekiem; są one jakościowo identyczne z odpowiedniemi zmianami przy myopji, różnią się tylko nasileniem. 2) W senium występują też same zmiany w plamce żółtej, co i przy myopji, a więc skleroza naczyń naczyniówki, nawet i typową plamkę Fuchsa spostrzegał Vogt u starców. 3) Dalszym punktem stycznym jest występowanie przy myopji i w starości zmian na obwodzie dna oka. Są one dosyć mało znane, gdyż znajdują się na najskrajniejszym obwodzie; przedstawiają się one pod postacią atroficznych i barwikowych ognisk. 4) Dawno już zostało wykazane histologicznie, że zarówno w gałkach starczych i krótkowzrocznych, występuje torbielowate zwyrodnienie obwodu siatkówki. Stoi ono w związku z jednej strony z poprzedniemi ogniskami obwodowemi, a z drugiej z oderwaniem siatkówki. Albowiem nie trzeba wiele, wystarczy drobny uraz, aby taka cysta pękła, płyn z ciałka szklistego dostał się przez otwór poza siatkówkę i spowodował odklejenie jej. 5) Przy myopji, a również często i u starców spotyka się męty i rozpad struktury ciałka szklistego. Ta destrukcja jest też w związku z oderwaniem siatkówki. Vogt to tłumaczy tak, że włókna rozpadniętego ciałka szklistego (które fizjologicznie przytwierdza się do obwodu siatkówki) przy ruchach gałki, jako gatunkowo cięższe, zostają rzucane wolnym końcem i w ten sposób wyrywają otwór na obwodzie siatkówki. Z tego wszystkiego wynika, że starość jest taką samą dobrą przyczyną oderwania siatkówki, jak i myopja.

Tak więc identyczność pod względem morfologicznym zmian starczych i przy myopji została wykazaną. Dalszym mostem łączącym je jest dziedziczność. Że zmiany myopijne są dziedziczne, o tem była mowa powyżej. Dla wyliczonych zmian starczych w oku to nie zostało dotychczas wykazane bezpośrednio, ale i tu dziedziczność jest bardzo prawdopodobna, gdyż jej wpływ został wykazany w innych znamionach starczych, jak siwienie włosów i łysina, wypadanie zębów i t. p. Ale i co do oka było już oddawna wiadomem, że n. p. katarakta i zwyrodnienie starcze plamki żółtej są cierpieniami rodzinnemi. Zwyrodnienie starcze i myopijne, chociaż są dziedziczne to nie są wrodzone i rozwijają się

---

[1]) Mówimy tu o myopji wyższego stopnia, powikłanej zwykle zmianami na dnie oka. Stanowi ona stosunkowo niewielki odsetek ogólnej ilości myopii. Gros przypadków tworzy mała i średnia myopja, której powstanie odnieść należy do przypadkowego zbiegu rozmaitych czynników warunkujących refrakcję oka, jak długość gałki ocznej, krzywizna rogówki, łamliwość soczewki i t. p. Nie można więc tej myopji uważać za „chorobę", ponieważ jest ona zwykłą warjantą biologiczną.

z biegiem czasu dopiero, czyli jak Vogt mówi homochronicznie, z tą tylko różnicą, że degeneracje myopijne zjawiają się prędko, już około 30 r. życia, a starcze daleko później. Jasnem jest, że myop w starości jest szczególnie zagrożony, gdyż oba czynniki się sumują.

Katarakta starcza należy też do powyżej opisanych zmian. Nie jest ona wywołana ani przez czynniki toksyczne, lub hormonalne, ani też przez wpływy zewnętrzne jak energja promienista. Zmiany starcze według Vogta, są preformowane już w plazmie zarodkowej. Dlatego też do wszystkich prób terapeutycznego wpłynięcia na nie, jak n. p. leczenia katarakty zapomocą eufakiny, odnosi się Vogt negatywnie. Starość nie jest chorobą, jest koniecznością, jest powolnem obumieraniem narządów ciała, niczem innem jak przygotowaniem do fizjologicznego zakończenia życia.

Chociaż nie możemy leczyć samych zmian myopijnych i starczych, to jednak możemy usuwać następstwa ich, jak n. p. przez wydobycie katarakty usuwamy upośledzenie wzroku. Podobnie też możemy leczyć oderwanie siatkówki, które jest następstwem pewnych zmian degeneratywnych w siatkówce i ciałku szklistem.

W leczeniu oderwania siatkówki przywiązujemy coraz większe nadzieje do metody Gonina, która nabiera takiego znaczenia, jakie ma n. p. trepanacja przy jaskrze prostej, to znaczy staje się jedynym i wprost obowiązującym sposobem leczenia tego dotychczas prawie beznajdziejnego cierpienia.

Metoda Gonina opiera się na dwóch założeniach, że 1) bezpośrednią przyczyną oderwania siatkówki jest otwór w niej (który wedle Gonina powstaje przez ciągnienie bliznowatych pasm w ciałku szklistem) i 2) siatkówka przyklei się z powrotem jeżeli otwór w siatkówce doprowadzi się do zobliterowania zapomocą ignipunktury. W tym celu należy otwór w siatkówce wyszukać, zlokalizować i trafić weń zapomocą galwanokauteru lub Paquelinu.

Podczas pobytu w Szwajcarji miałem sposobność przypatrzeć się technice ignipunktury wykonywanej przez dwóch mistrzów: Vogta w Zurychu i Gonina w Lozannie. W zarysach technika ta przedstawia się następująco: więc po pierwsze wyszukanie i zlokalizowanie otworu na siatkówce. W tym celu należy cierpliwie przeszukiwać w obrazie odwrotnym obwód siatkówki, miejsce za miejscem, oraz wyznaczyć jego położenie w południku gałki (według godzin) i odległość w średnicach tarczy nerwu wzrokowego (PD) od najskrajniejszego widzialnego obwodu siatkówki. Następnie należy otwór zaprojektować na twardówkę. W tym celu bierzemy odległość najskrajniejszego obwodu od rąbka rogówki równą przeciętnie 9 mm, a do tego dodajemy odpowiednią ilość PD, biorąc za każdą 1,5 mm. Jeśli n. p. znaleźliśmy otwór na siatkówce na godz. II, 2 PD od obwodu, to miejsce jego na twardówce znajdujemy wzdłuż południka godz. II., 12 mm od rąbka rogówki. Przy samym zabiegu przecinamy w odpowiednim miejscu spojówkę, odpreparowujemy twardówkę, odmierzamy cyrklem lub specjalną miarką obliczoną odległość w oznaczonym południku, znaczymy punkt tuszem i robimy ignipunkturę przebijając twardówkę nożem kataraktowym i wchodząc w otwór Paquelinem według Gonina, albo też za Vogtem odrazu przebijając galwanokauterem.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

E. Rist: *Qu'est ce que la médecine?* Masson et Cie. Paris 1928, 235, str. 8.

Na książkę składa się 7 rozdziałów częściowo już przed laty osobno ogłoszonych: I. o obecnych zadaniach medycyny, II. o djagnostyce chorób płuc przed odkryciem metod opukiwania i osłuchania, III. o dziejach opukiwania, IV. o postępach medycyny, V wiedzy i sztuce w medycynie, VI. o odpowiedzialności moralnej lekarza i VII. o przysiędze Hipokratesa. Są to zagadnienia nie nowe wprawdzie, niemniej jednak ważne, przed któremi staje prawie każdy lekarz. Autor omawia definicję medycyny podaną przez Littré podkreślając zadania profilaksji oraz konieczność znajomości całego człowieka, od której zależy znaczenie medycyny dla nauk historycznych i jej wartość wychowawcza. W rozdziałach zajmujących się zagadnieniami historycznemi napotykamy jednak na szereg wiadomości nie ścisłych (P. Frank, de Hoën i in.), nie moglibyśmy również podpisać bez zastrzeżeń zdań: *„En médecine, la tradition n'a aucun droit, pas plus dans les méthodes d'enseignement que dans les doctrines"*, lub: *„Le savant de notre temps est un homme qui cherche et parfois trouve, le savant d'autrefois un homme qui savait"*. Zasługi Auenbrugera i Corvisorta zostały przedstawione obszernie, zaś zagadnienia zawodu lekarskiego poruszone w pamiętnikach Veressaieffa i artykule R. Dreyfussa znalazły należyte wyświetlenie. Nie pominięto również spraw kliniki i pracy laboratoryjnej oraz zasług wielkich na polu medycyny położonych przez nieprofesorów.

Rozdział ostatni przynosi słuszną krytykę pojęcia tajemnicy lekarskiej według Brouardela *(secret médical absolu)* oraz prawodawstwa francuskiego z tą sprawą związanego. Książka napisana ze swadą, którą mogliśmy również podziwiać przy ustnych wywodach tegoż autora.

Józef Fritz (Padwa).

L'Enseignement medical en France. Paris 94 str. 8°.

Broszura wydana przez Presse médicale i francuskie towarzystwo zajmujące się ułatwianiem stosunków między lekarzami różnych krajów zawiera wskazówki o studjach lekarskich we Francji przeznaczone dla obcokrajowców, dla których utworzono biuro informacyjne przy paryskim wydziale lekarskim (12, rue de l'Ecole de Médecine). Rozdział I omawia przebieg studjów lekarskich, poprzedziwszy je krótkim wstępem historycznym, sprawę doktoratu, podaje formularze podań, wymagania przy egzaminach, wpisach i rozkład materjału naukowego dla uzyskania dyplomu chirurga dentysty; II również z wstępem historycznym zawiera listę profesorów w Paryżu, wykładów i instytutów i szpitali zależnych od Assistance publique, III obejmuje studja lekarskie na prowincji i w kolonjach.

Przewodnik dla wybierających się na studja do Francji pożyteczny.

Józef Fritz (Padwa).

Stanisław Judym: *Stanowisko lekarza w demokracji współczesnej.* Warszawa, 1929, str. 76, 8°.

Autor zamierza przeprowadzić analizę stosunku lekarza do zagadnień życia współczesnego, omówić wciąż rozszerzające się tereny pracy lekarskiej, przyczem wytknąć niedomagania tej pracy oraz wyjaśnić ich genezę. Rozważania te przyczynić się mają do pogłębienia myśli społecznej w Polsce i pobudzić czynniki rządowe do przeprowadzenia rewizji obowiązujących dziś ustaw. Omawia więc autor w pierwszym rzędzie sprawę Kas chorych, sądząc, że należałoby ich ster najpierw oddać w ręce rządu i dopiero po wieloletniej pracy znawcy lekarzowi, niestwierdza głębszych wiadomości o dziecku u dzisiejszych lekarzy i żąda włączenia do programu studjów nauki o charakterach, alkohologji i t. p. zajmuje się następnie stanowiskiem lekarza profesora, uważając za obowiązek tegoż pracę naukową, oddziaływanie korzystne na młodzież, piętnuje więc, źle opracowane i zdradzające wprost ignorację wykłady, żądając ustąpienia jednostek niesumiennie spełniających swe obowiązki. Praktyka lekarska nie jest zadaniem profesorów. Potępić należy tytułomanję, wprowadzanie w błąd publiczności. Widzi znaczne brak w studjach z dziedziny przyrodolecznictwa, medycyny społecznej, słabe kliniczne przygotowanie młodych lekarzy, małe ich filozoficzne wykształcenie, jednostronność która zawsze jest wynikiem ograniczonego umysłu, chciałby wreszcie tchnąć nowe życie w zbiurokratyzowane, niepopularne i oddalone od życia dzisiejsze Izby lekarskie i t. d. Z zapodanych zagadnień poruszonych w tej broszurze jasno przedstawia się stanowisko autora, z którem często należy zgodzić się, choć nie zawsze, nie miejsce tu jednak w omówieniu na rozwijanie spraw zbyt ściśle związanych z obecnymi stosunkami społecznymi.

Józef Fritz (Padwa).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Dziecko i matka, rok V, nr. 17, z r. 1930: Z. Reutt-Witkowska: Domy na piasku. — M. Benisławska: Autorytet wobec małego dziecka. — J. Prażmowska: Nie skracajmy dzieciom wakacyj. — F. Kruszewska: Elka, która przeszkadza. — J. Hikiertowa: Matka a wychowawczyni. — K. Pożaryska: Owoce. — H. Nowicka-Kopaczowa: Pierwsze próby siadania i chodzenia. — F. Łuniewska: Połóg.

Pedjatrja polska, tom X, zeszyt 4, za lipiec-sierpień 1930: J. Bogdanowicz: Dwa przypadki ostrego żółtego zaniku wątroby. — A. Margolisowa i J. Polakow: O wysiękowych zapaleniach opłucnej międzypłatowej u dzieci. — H. Kadysz: O leczeniu szczepionkami powikłań płoniczych. — L. Boczko: Przyczynek do badań nad szybkością opadania czerwonych cia-

lek u dzieci w szeregu chorób zakaźnych i gorączkowych. — M. Żelewska-Deżyna: Przypadek samoistnego zmniejszania się guza typu hygroma colli cysticum congenitum. — L. Krasucka: Przypadek białaczki szpikowej u rocznego dziecka. — L. Iwaszkiewicz: Przypadek choroby Heine-Medin'a naskutek infekcji wewnątrzszpitalnej. — J. Bączkiewicz: W sprawie leczenia pląsawicy u dzieci. — H. Gadomska: Z kazuistyki zakażeń pneumokokowych u niemowląt. — Süsswein: Z kazuistyki powikłań zapalenia ślinianki przyusznej. — A. Gmerek: Sposób przygotowania się na lekarza sportowego i jego zadania.

Przegląd dentystyczny, rok X, nr. 7, z lipca 1930: Wilga: Leczenie zębów z miazgą w stanie zgorzelinowego lub ropnego rozpadu.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 36, z 7 września 1930: Muszyński: Uzupełnienie do artykułów: Prace Podkomisji farmakognostycznej. — Lewiter: Extractum foliorum sennae siccum. — Sprawy zawodowe.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XIX, nr. 10, z 1 września 1930: A. Mester: Schorzenia reumatyczne na tle zaburzeń wegetatywnych i konstytucjonalnych. — T. Cybulski: O konstytucji i leczeniu konstytucjonalnem dzieci i młodzieży. — A Maciąg: Czynnościowe schorzenia układu krążenia na tle niezborności układu wegetatywnego (dok.).

Wiadomości Kas chorych, rok I, nr. 11, z 1 września 1930. Dział urzędowy. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Kasa chorych miasta Wilna. — Z życia Kas chorych. — Opieka nad dzieckiem. — Walka z gruźlicą.

Wiadomości zdrojowe, Zdrojowisko Inowrocław, rok III, nr. 11, z 5 września 1930: St. Sroczyński: Charakterystyka Zdrojowiska Inowrocław. — G. Beck: Z geologji Zdrojowiska solankowego Inowrocław. — K. Sawicz: Wziewania solankowe i ich wpływ na organizm. — St. Mierosławski: Wartość kąpieli solankowych w Inowrocławiu. — St. Suszczyński: Leczenie wodą metodą Dr. Żmniewicza. — J. Pawiak: Kilka uwag o historji i obecnym stanie Szpitala powiatowego w Inowrocławiu. — R. Gutowski: Stowarzyszenie lekarzy zdrojowych w Inowrocławiu. — Z. Czapla: In illo tempore. — Grayczykowski: Stacje sanitarne w Inowrocławiu.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok V, nr. 9, z 1 września 1930: A. Krieger: Ubezpieczenia społeczne czy oszczędność przymusowa. — J. Pierzchalski: Sporne zagadnienie prawne w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych. — St. F.: Sprawa ubezpieczeniowych konsekwencyj emigracji polskiej z Niemiec i Francji. — St. Balcerski: Bezrobocie pracowników umysłowych w l. 1925—1929. — St. Brzozowski: Pomoc dla rodzin w ust. z 19. V. 1920. — A. Sakarz: Akcja budowlano-mieszkaniowa zakładów ubezp. społ.

Dziennik urzędowy Izb lekarskich, rok I, nr. 3, z 1 września 1930: Komunikat II Naczelnej Izby lekarskiej. — Z Izb lekarskich terytorjalnych. — Wolne posady. — Informacje.

Dziecko i matka, rok V, nr. 14, z r. 1930: M. Czerkawska: W ogródku. — M. Benisławska: Na swobodzie, czy na uwięzi. — J. Prażmowska: Dziecko na wsi. — A. Maliszewski: Reportaż z kilkudniowej przyjaźni. — W. E.: Konkurs fotograficzny. — H. Niemczycka: Strzeżmy dzieci od owadów. — M. Kłosińska: Hartowanie. — F. Łuniewska: Higjena ciąży. — L. P.: Letnie zaburzenia chorobowe u dzieci.

Dziecko i matka, rok V, nr. 15, z r. 1930: L. Krzemieniecka: Lato dzieci. — Z. Dzięciołowska-Brykalska: Dziecko cudze. — N. Jastrzębska: Gadatliwość macierzyńska. — J. Korczakowska: Wakacje Franka. — J. Prażmowska: Dziecko w mieście. — H. Niemczycka: Pomoc w nagłych wypadkach. — F. Łuniewska: Higjena ciąży. — M. Kłosińska: Jak ustrzec dziecko od gruźlicy.

Przyroda i technika, rok IX, nr. 7, z września 1930: Z. Weyberg: O znaczeniu naukowem morfologji minerałów. — W. Rowieńska: Najstarszy Paryż. — K. Wodzicki: Hodowla zwierząt futerkowych pod względem biologicznym i gospodarczym (dok.).

Zdrowie, rok XLV, nr. 17, z 1 września 1930: Z. Rudolf i T. Kowalczyk: Podstawy do projektowania małych zakładów kąpielowych. — Wł. Tobiczyk: O endemji kiły na Huculszczyźnie. — S. R. Sobieszczański: Wrażenia z Kongresu Międzynarodowego Stowarzyszenia Opieki nad dzieckiem, od bytego w roku bieżącym w Liége.

Lekarz Polski, rok VI, nr. 9., z 1 września 1930: I. Brzoza: Najbliższe zadania. — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą. — Z. Rudolf: Zmiany w tlenie jako dane do określenia stopnia zanieczyszczenia rzek (dok.). — Wł. Sochaniewicz: Niedomagania w wystawianiu świadectw lekarskich dla szoferów.— Z. Rudolf: Zadania Międzyministerjalnej Komisji dla spraw ochrony rzek przed zanieczyszczeniem. — Wł. Bazala: „Przez Polskę". — A. Klęsk: Dlaczego chorzy szukają porady u lekarzy obcych?. — T. Hilarowicz: Dom polski nad Adrjatykiem. — Medycyna społeczna zagranicą. — I. Bujalski: Kasa chorych w cyfrach. — R. Garlicki: Ubezpieczenie pracowników umysłowych w Polsce.

Polska stomatologja, rok VIII, nr. 2, za marzec — kwiecień 1930 r.: A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (c. d.). — A. Bardaszówna: Przepuszczalność wypełnień tymczasowych w świetle badań barwikowych i bakterjologicznych. — M. Jankowski: Rzadki przypadek wejścia pozostawionego korzenia drugiego dwuguzkowca górnego pomiędzy korzenie pierwszego zęba trzonowego. — A. Cieszyński: Sprawa objęcia Państwowego Instytutu dentystycznego „ustawą ramową" o uczelniach akademickich.

Opieka nad dzieckiem, rok VIII, nr. 7 ,z lipca 1930: I. Flisak: Ruch boiskowy w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej. — Dalsze postępy pracy nad zapewnieniem opieki matce bezdomnej i jej dziecku.

Wiadomości weterynaryjne, rok XII, tom IX, nr. 121, z sierpnia 1930: J. Runge i I. Witkowski: Z kazuistyki anatomopatologicznej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Archives of Internal Medicine.

Volume 45. Zeszyt 4. 1930.

W. O. Thompson (Boston): *Przedłużone leczenie wola wytrzeszczowego przy pomocy jodyny.* 24 chorych z wolem wytrzeszczowym leczono na klinice bostońskiej (14 przypadków łagodnych, 10 ciężkich) przy pomocy tylko jodyny przez okres wahający się od $1^1/_2$ miesiąca do 3 lat. Z wyjątkiem 3 przypadków chorzy wykonywali swoją codzienną pracę przez cały okres obserwacji.

W 9-ciu przypadkach z 14 lżejszych (64%) wyniki były zadowalniające: objawy kliniczne tyrotoksykozy znikły prawie zupełnie, przemiana podstawowa osiągnęła poziom prawidłowy. W 4 z tych 9 przypadków (w których jodynę usunięto na 10—16 miesięcy) choroba znikła zupełnie a w 3 innych, w których zaprzestano podawania jodyny przez 4—17 tygodni nie zauważono nawrotu objawów. W dwóch przypadkach lżejszych (14%) wyniki były niezadawalniające: choroba jednak nie uległa pogorszeniu. W 3-ch natomiast przypadkach z 14 lżejszych wyniki były świetne: osiągnięto wyleczenie zupełne.

W przypadkach ciężkich osiągnięto wynik zadawalniający tylko w jednym przypadku (10%): przejściowe polepszenie spostrzeżono w 4 przypadkach (40%): choroba uległa pogorszeniu w 5-ciu (50%)

Wynika z tych doświadczeń, że w chorobie o przebiegu łagodnym często chorzy reagują korzystnie na podawanie jodu. Odsetek wyników niezadowalniających jest tak znikomy, że bezwzględnie nie tworzy przeciwwskazania do długotrwałego leczenia wola wytrzeszczowego przy pomocy jodyny w przypadkach łagodnie przebiegających, zrozumiale pod ciągłą kontrolą.

R. H. Kampmeier i V. F. Neumann: *Obustronny brak tętna na kończynach górnych i szyi w przypadku tętniaka aorty.* Autorzy dokładnie opisują trzy przypadki obustronnego braku tętna, opisane w literaturze. Do tych znanych trzech przypadków dołączają przypadek, przez nich spostrzeżony. Jakkolwiek nierównomierność i jednostronny brak tętna nie rzadko opisywany jest w literaturze, zanik tętna obustronny bezwątpienia należy do białych kruków. Kiła w czterech wybranych przypadkach była momentem przyczynowym, w trzech tętniak aorty. Prawdopodobnie proces wywołując częściowe zamknięcie ujścia tętnicy doprowadził do zupełnego zamknięcia z następowem rozwinięciem się krążenia bocznego.

W przypadkach opisanych podane są dokładnie historje choroby, w których uderzają objawy mózgowe, z powodu których chorzy poszukiwali pomocy lekarskiej. Napady zawrotu, prowadzące do utraty przytomności były najbardziej w oczy uderzającym objawem u cierpiących z powodu tętniaka aorty z obustronnym brakiem tętna na szyi i w kończynach górnych.

L. Martin (Baltimore): *Znaczenie czasu w czynności enzymów trzustki.* Jeśli enzym trzustkowy, djastazę, rozcieńczymy dostatecznie do tej miary, że nie rozszczepi skrobji zbyt szybko, to wówczas możliwem jest spostrzec wyraźny związek pomiędzy długością inkubacji a ilością skrobji rozszczepionej na dekstrozę lub maltozę.

O. W. Barlow i J. F. Frye (Cleveland): *Działanie przeciwastmatyczne epinefryny, efedryny i atropiny.* Opisują astmatyczne zmiany oddechowe i krążenia u osoby, u której łatwo wywołać można doświadczalnie typowy napad dychawicy oskrzelowej. Podczas tych napadów ustawiono pneumograf, który na odpowiednio ustawionym bębnie, znaczył wszelkie ruchy i zmiany objętości klatki piersiowej. Metody tej użyli autorzy do porównywania czynności szeregu ziół przeciwastmatycznych. Badania nad użytecznością epinefryny, efedryny i atropiny drogą porównań trwające przeszło 3 lata, a przeprowadzone również celem usunięcia dolegliwości i w napadach alergicznych i reflektorycznych, wykazały, iż skuteczność ich działania ustalić można w następującym porządku; epinefryna skuteczną była w przebiegu wszystkich napadów; efedryna wykazywała skuteczne działanie w przebiegu łagodnych napadów lub jako środek prewentywny, podczas gdy atropina nie zadowoliła ani w przypadkach ostrych ani w czasie napadów łagodnych.

J. A. Bargen (Rochester): *Colitis ulcerosa chronica.* Choroba ta jest zakaźną, chwytającą pierwotnie kolon. Posiada charakterystyczne objawy kliniczne, proktoskopiczne, patologiczne i roentgenologiczne. Autor omawia dokładnie dotychczasowe poglądy o pochodzeniu tej choroby. Dochodzi do wniosku, iż diplostreptococcus, izolowany z ran odbytnicy, z krwi chorych, będących u szczytu rozwoju choroby, za życia lub po śmierci, posiada etjologiczne znaczenie dla tej choroby.

B. L. Monias i P. Shapiro (Chicago): *Znaczenie oznaczenia indykanu we krwi w przypadkach niedomogi nerek.*

I. M. Rabinowitch (Montreal): *Carotinemia i diabetes.* Autor wskazuje, że w niektórych przypadkach cukrzycy z nieznanej przyczyny dochodzi do zatrzymywania barwików jarzynowych do większych rozmiarów. Znaczenie tego spostrzeżenia jest znaczne, gdyż te osoby zwykle nie czują się lepiej mimo klinicznego leczenia a większość posiada zwyższoną ilość cholesterolu we krwi. Jakkolwiek znaczna ilość karotyny może być odpowiedzialną za zwiększone wartości cholesterolu z powodu chemicznego pokrewieństwa, nie można jednak uważać tego czynnika, jako jedyną przyczynę. Ponieważ u chorych ze zwiększoną ilością cholesterolu rokowanie jest niekorzystne, a zachodzi pokrewieństwo pomiędzy cholesterolem a karotyną, przypuścić zatem należy, iż również carotinemia posiada niezbyt dla chorego korzystne rokowanie. Podobnie, jak z cholesterolem są tutaj przypadki wyjątkowe. W tych przypadkach znaleziono, że karotyna może gromadzić się we krwi nagle i nie można żadnem spostrzeżeniem oznaczyć spadku. Oba te fenomeny wymagają dalszego badania. Te wyjątki nie zmieniają wartości badań nad zawartością cholesterolu w większości przypadków.

Od kiedy spostrzeżono, że zawartość cholesterolu i karotyny we krwi nie zawsze biegnie równolegle, utrzymało się ogólnie twierdzenie, iż są to dwa różne czynniki, jakkolwiek w znacznej większości przypadków działają prawdopodobnie oba.

Koniecznem jest wyjaśnienie dalszego obrazu, trwania oraz przeprowadzenie klinicznych badań. Zadanie pracy autora polega na wykazaniu możliwości, że karotynemja posiada w przypadku cukrzycy większe znaczenie kliniczne, aniżeli przyjmuje się ogólnie oraz dać impuls do dalszego badania nad temi fenomenami innym, zajmującym się cukrzycą. Leczenie chorych na cukrzycę, o wiele bardziej zadawalnia dziś lekarza, aniżeli dawniej, lecz dalekie jest jeszcze od ideału. Zbliżenie się do niego musi pozostawać tylko w prostym stosunku do wiadomości, tyczących się różnych przejawów i faz choroby.

D. L. Wilbur i G. E. Brown (Rochester): *Krew w przypadku nerczycy lipoidowej.* Tylko w jednym z 25 przypadków czystej nerczycy zbliżyły się wartości czerwonych ciałek krwi i hemoglobinu do wartości, stwierdzonych w przypadkach niedokrewności. Ilość białych ciałek była prawidłowa. W podobnym szeregu, złożonym z 26 przypadków zapalenia nerek mieszanego o charakterze nerczycowym, w 19 przypadkach znaleziono wartości czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny zupełnie, jak w przypadkach niedokrewności (73%). W przypadkach kłębuszkowego zapalenia nerek i nerczycy mieszanej, niedokrewność jest zwykłym obrazem, szczególnie w obecności niedomogi nerek; ona posiada olbrzymie znaczenie w rokowaniu. Przypadki nerczycy, w których objawy i oznaki kłębuszkowego zapalenia nerek się zwolna rozwijają, wykazują i stopniowy rozwój niedokrewności. Obecność lub brak niedokrewności w wątpliwych przypadkach choroby nerek z obrzękami posiada prawdopodobnie pewne rozpoznawcze i bezwzględnie prognostyczne znaczenie.

J. Harkawy (New-York): *Substancja, wywołująca skurcze w plwocinie chorych z powodu dychawicy oskrzelowej.* Plwocina chorych na astmę zawiera substancję, rozpuszczającą się w alkoholu, zdolną do wywołania skurczów mięśni gładkich. Ta substancja nie znajduje się w plwocinie astmatyków niewrażliwych lub nie cierpiących na dychawicę. Rdzawa plwocina chorych na zapalenie płuc płatowe i odoskrzelowe daje wynik dodatni, lecz działanie przypisać można obecności krwi, ponieważ plwocina, nie posiadająca krwi, chorych na zapalenie płuc w okresie rezolucji, nie daje tego odczynu. Dokładny charakter tej substancji, wywołującej skurcze mięśni gładkich nie jest wyjaśniony.

M. Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia poświęconego sprawom szpitalnictwa z dnia 25 marca 1930 r.

Przewodniczący: Wiceprezes L. Paszkiewicz.
Obecnych członków T-wa: 43.
Wprowadzonych gości 17.

1. Po przeczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 28 stycznia b. r.

2. Kol. J. Rutkowski wygłosił odczyt: *„O organizacji oddziału chirurgicznego"*. (Streszcz. własne).

Tylko dobrze zorganizowana praca może być wydajną. Podstawami organizacji są: jasno określone zadania, dobrze przystosowane środki materjalne (pomieszczenie i urządzenia), odpowiednie kierownictwo i dobór pracowników, znormalizowanie czynności, karność i sprawiedliwość.

Głównem zadaniem oddziału chirurgicznego jest leczenie chorych t. zw. chirurgicznych, dalsze zadania — wzbogacanie wiedzy przez zbieranie spostrzeżeń w sposób celowy i dokładny, spostrzeżeń — któreby można było zużytkować dla celu ostatecznego głównego — jaknajdoskonalszego leczenia chorych.

Pomieszczenia zasadnicze (sale chorych, opatrunkowe, operacyjne, sterylizacja) i pomocnicze (gabinety, ambulatorjum, pracownie, bibljoteka, archiwum) powinny być odpowiednio przystosowane do celu dla jakiego służą, odpowiednio wyposażone i połączone ze sobą dobrze działającemi telefonami wewnętrznemi, ze światem zaś zewnętrznym — telefonem miejskim, zawieszonym w odpowiedniem miejscu, tak, żeby nie przeszkadzał w pracy, a jednocześnie dobrze i natychmiast był załatwiany.

Kierownik i pracownicy istnieją dla pożytku oddziału i dla osiągnięcia maximum wydajności.

Kierownik nie powinien dzielić się władzą, powinien być wymagający i sprawiedliwy, powinien pilnie przestrzegać ustalonych przez siebie prawideł. Od pracowników należy wymagać, ażeby byli dobrze przygotowani do pracy, jaką mają wykonywać, ażeby byli systematyczni i lubili porządek, ażeby pracowali nie z odrazą, ażeby byli sumienni i uczciwi, chętni i skromni, grzeczni i umieli panować nad sobą. Nie powinno być osób „niezastąpionych". Bierny opór i lenistwo należy zwalczać wszelkiemi siłami.

Ścisły podział ról, kolejność i znormalizowanie czynności (instrukcje na piśmie) zapobiegają anarchji i samowoli, zapewniają maximum wydajności pracy przy minimum wysiłku, praca staje się łatwą i przyjemną.

Należy walczyć z niewydajnością. Dobrze zorganizowana praca nie jest ciężkim obowiązkiem.

Dyskusja: Kol. Michałowicz: Organizacja pracy jest zagadnieniem b. ważnem i ma wpływ również na wydajność pracy szpitalnej. Przechodząc do poszczególnych punktów odczytu, mówca krytykuje duże sale chirurgiczne o wielkiej ilości łóżek i uważa je za dawny przesąd dekoracyjny. Dzisiejsze sale powinny być najwyżej o 4-ch łóżkach; w każdym szpitalu winny być również sale wypoczywające. Dla asystentów powinien być nie jeden wspólny gabinet — lecz kilka, żeby każdy z nich mógł mieć osobne miejsce do pracy. W archiwum powinien być lekarz ze specjalnem zamiłowaniem bibljofilskiem, który miałby nadzór nad biblioteką.

Na każdym oddziele powinna być książka meldunkowa, po przeczytaniu której kierownik mógłby się zorjentować co się dzieje na sali szpitalnej lub też co się stało i o jakiej godzinie. Kierownicy oddziałów powinni zwrócić uwagę na podział władzy i pracę personelu lekarskiego, przez co można uzyskać maximum wydajności pracy na oddziele.

Kol. Sawicki podaje, że niektóre punkty wymienione przez kol. prelegenta mogą mieć zastosowanie na klinice ale trudno je zastosować na przeciętnym oddziele chirurgicznym. I tak n. p. podział pracy między asystentami jest konieczny, ale niezbyt łatwy tam, gdzie jest na dużym oddziele chirurgicznym zaledwie dwuch lub trzech asystentów, których uposażenia w dodatku są tak małe, iż zmuszeni są przyjmować stanowiska płatne w innych instytucjach. To co kol. prelegent powiedział o przetrzymywaniu chorych na naszych oddziałach nie jest słuszne. W Monachjum gdzie oddziały mogą wypoczywać, chorego trzyma się 32—33 dni, a u nas 28—29. Przytem należy uwzględnić u nas trudności przy wypisywaniu chroników z braku miejsc w przytułku. Wielkość sal jest również sprawą sporną. Zwolennicy dużych sal wysuwają dodatnie punkty, jak lepsza opieka, więcej światła i świeżego powietrza — zwolennicy zaś mniejszych podają większą swobodę i wypoczynek chorych. U nas wobec braku personelu pomocniczego, i służby, gdyż jedna pielęgniarka dyżurująca w nocy wypada na 60 łóżek, trudno byłoby zaprowadzić system małych sal o 4-ch łóżkach. Obecnie już jest zasada powszechnie przyjęta, żeby nie budować sal większych niż o 20-tu łóżkach. Mówca wspomniał jeszcze o ujemnych sprawach, źle wpływających na normalny bieg pracy szpitalnej, jak n. p. brak wykwalifikowanego personelu pomocniczego, ośmiogodzinny dzień pracy dla służby szpitalnej, co nie wszędzie zagranicą jest przyjęte, częste interwencje związków zawodowych przy przenoszeniu pracowników nieodpowiednich itp.

W odpowiedzi zabrał głos jeszcze kol. Rutkowski.

Wiceprezes: *L. Paszkiewicz.*
Zast. Sekretarza dorocznego: *Wł. Kosiński.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 25 kwietnia 1930 r.
Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1. Kol. Kuhn podaje do wiadomości, że z inicjatywy Zarządu Okręgu Lwowskiego Związku Lekarzy Słowian w Polsce, oraz przy poparciu Wydziału Lekarskiego U. J. K. i Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbędzie się dnia 8 maja o godz. 18-tej w sali im. Kopernika w nowym gmachu Uniwersytetu wykład Prof. Wacława Jedlički z Pragi p. t.: *Podstawy głównych schorzeń przysadki mózgowej (acromegalia, dystrophia adiposogenitalis, diabetes insipidus, lethargia hypophysaria, cachexia hypophysaria).* Po wykładzie odbędzie się na cześć gościa koleżeńska wieczerza w salach hotelu Georgea. Kol. Kuhn zaprasza członków do licznego udziału.

2. Kol. Leszczyński zawiadamia obecnych, że z początkiem października br. odbędzie się w *Splicie Zjazd Lekarzy Słowian.* Bliższych informacyj udziela oraz przyjmuje zgłoszenia Kol. prymarjusz St. Ostrowski.

3. Kol. B. Sonnenschein i Kol. Z. Chrapek przedstawiają *przypadek nowotworu złośliwego* u chorej lat 26, obejmującego jamę nosowogardzielową z wypukleniem migdałka lewego, z przerzutami w gruczołach szyjnych i karkowych po str. lewej. W ostatnich tygodniach zaznaczały się znaczne trudności oddechowe i połykowe z zachłystywaniem się. Przypadek charakterystyczny z powodu rozległości nowotworów z objawami porażennemi, szczególnie w obrębie nerwu sympatycznego (na oku lewem objaw Hornera: zwężenie szpary powiekowej, mioza, lekkie wypuklenie gałki ocznej), n. podjęzykowego (zbaczanie języka przy wysunięciu na str. lewą) i n. błędnego (w krtani anaestezja błony śluzowej i „trupie położenie" więzadła głosowego lewego).

Chorą poddano zabiegowi operacyjnemu, przy którym usunięto gruczoł śliniankowy podszczękowy, gruczoły szyjne ku górze aż do okolicy wyrostka sutkowego, ku dołowi aż do okolicy obojczyka. Wycięto guz wielkości pomarańczy, przyczem musiano, z powodu przerośnięcia nowotworowego naczyń, wyciąć część *a. carotis ext.* Sam guz sięgał wgłębi ku górze i ku tyłowi poza gardzielem aż do kręgosłupa. Udało się nie naruszyć błony śluzowej.

Po operacji stan chorej podmiotowo odrazu się poprawił, chora mogła swobodnie oddychać i połykać. Badanie histologiczne wykazało utkanie lymphosarkomatyczne. Zabieg dość ciężki wskazany był trudnościami w oddychaniu i połykaniu.

W dyskusji zabierają głos Kol. Dobrzański i obaj prelegenci.

4. Prof. Akademji eksportowej Dr. A. Zierhoffer wygłasza wykład p. t.: *Pogląd na klimat z szczególnem uwzględnieniem tzw. klimatu lokalnego.*

W dyskusji podnosi Kol. Sabatowski, że wielkie miasta, pokrywające budowlami wiele kilometrów kwadratowych i usuwające z całej tej powierzchni wodę deszczową, śniegową i użytkową zapomocą podziemnych kanałów, posiadają własny klimat miejscowy, odznaczający się przedewszystkiem suchością powietrza i zacisznością od wiatrów, a najczęściej i wyższą ciepłotą niż okolica. Poznać to można po szybszem rozwijaniu się wegetacji wiosną na plantach miejskich, zsychaniu się nawet starych sprzętów, ze wsi przywiezionych i t. d. Klimat ten ma pewne zalety. Przyzwyczajonym do niego przykro się nieraz daje odczuwać większa wilgotność powietrza w zdrojowiskach porą letnią. Skarg takich nie słyszymy przy wyjazdach na zimowy sezon w góry, bo też zima górska jest mroźna i sucha.

Także na zmianę wzniesienia nad poziom morza przy wyjazdach należy więcej zwracać uwagi, tam o ile czynnik ten ma mieć znaczenie lecznicze lub, przeciwnie, winien być omijany. Wielkie miasta polskie, dostarczające najwięcej kuracjuszów leżą rozmaicie wysoko np. Warszawa 75 m a Lwów 320 m nad poziom morza. W stosunku więc np. do Morszyna (321) i Inowrocławia (81 m) raz będziemy mieli do czynienia z różnicą warunków, a drugi raz nie; różnica wzniesień między Zakopanem a Warszawą wynosi 800 m., dla Lwowa różnica ta redukuje się do 550 m i t. p.

Kol. Kuhn podnosi, że lekarze bardzo często spotykają się w swojej praktyce z zagadnieniem klimatu i dlatego należy się Prelegentowi szczególna wdzięczność słuchaczy za przedstawienie przedmiotu według najnowszego stanu klimatologji, tem więcej, że wykład był bardzo jasny i przystępny i dostarczył obecnym bogatego materjału do myślenia.

Sekretarz: *K. Budzanowski.*

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie w dniu 18 stycznia 1930 r.
Przewodniczy: Prezes Kol. Rożkowski.

1. Kol. Błagowidow pokazał chorą na *gruźlicę płuc* leczoną odmą sztuczną prawostronną z wynikiem dobrym. Objawy gruźlicy wystąpiły w 1926 r. po przebytym durze brzusznym i zapaleniu płuc.

2. Kol. Stefan Kon wygłosił dłuższe przemówienie poświęcone pamięci zmarłego nagle w Krynicy prof. Aleksandra Rosnera.

Mówca nakreślił niezwykłą sylwetkę zmarłego uczonego, podnosząc wielostronność Jego działalności naukowej i praktycznej. Był On doskonałym nauczycielem-wykładowcą i przyjacielem młodzieży, świetnym operatorem, uspołecznionym obywatelem kraju, autorem długiego szeregu prac oryginalnych i wysokiej wartości podręcznika ginekologji; posiadał nadto cechy wysokiej kultury towarzyskiej i był doskonałym mówcą.

W zakończeniu Kol. St. Kon omówił przebieg uroczystej Akademji w Krakowie ku czci zmarłego profesora, podając zwięzłe streszczenie wygłoszonych przemówień.

Pamięć znakomitego uczonego uczczono przez powstanie.

3. Kol. Okuszko wygłosił odczyt: *„Podświadomość i jej stosunek do stanów świadomych"*.

Po stwierdzeniu istnienia stanów podświadomych, jako stanów psychicznych w naszej umysłowości, prelegent zastanawia się nad ich charakterem, i dochodzi do wniosku, że mają one cechę stanów a — intelektualnych, zbliżonych najbardziej do zjawisk uczuciowo-wrażeniowych. Rozpatrzywszy stosunek stanów podświadomych do naszej aktualnej osobowości i stwierdziwszy, że są one od niej odseparowane, prelegent zaznacza, skąd czerpie podświadomość swe zapasy i jak odzwierciedla się w naszej psychice (czucia rodzajowe). Następnie przechodzi do ustalenia równoważnika fizjologicznego zjawisk podświadomych i udowadnia, że on również zbliża się najbardziej do odpowiednika stanów uczuciowo-wrażeniowych. Przechodząc do zagadnienia lokalizacji stanów podświadomych w mózgu, prelegent udowadnia, że ośrodki pozakorowe (wielkie środkowe, podwzgórza i śródmóżdża) reprezentują przeważnie te sprawy mózgowe, z których podświadomość czerpie swój materjał. W końcu mówca rozpatruje hipotezę aparatu, kierującego zjawianiem się na ekra-

nie świadomości i usuwania się w głąb prądu psychicznego stanów podświadomych i wypowiada osobisty pogląd w tej sprawie. (Streszczenie własne).

W dyskusji Kol. Frenkenberg zaznacza, że odczyt prelegenta obejmuje tak szeroki zakres psychologji, że ścisła dyskusja nad całością przedmiotu staje się niemożliwą. Uważa, że prelegent powiedział mało o podświadomości; nas — lekarzy interesują przedewszystkiem zjawiska patologiczne podświadomości — zagadnienie lęków, każdy bowiem nerwowiec cierpi na lęk i ten lęk powinien być wytłumaczony. Mechanizm zjawisk podświadomości nie został omówiony: kwestje zgęszczenia obrazów (Verdichtung) ich przesuwanie (Verschiebung) i tłumienia (Verdrängung). W tłumaczeniu snu i marzeń sennych należy uwzględnić „zgęszczenie" i „przesuwanie". Zdaniem mówcy praca Abramowskiego jest mało pożyteczna dla lekarza. Dalej Kol. Frenkenberg zaznacza brak w odczycie zaznaczonej różnicy między myśleniem pierwotnem, a myśleniem człowieka kulturalnego.

Kol. Rożkowski zaznacza, że temat opracowany został głównie ze stanowiska psychologicznego i nie obejmuje całości zjawisk podświadomych, zbadanych przez Freuda. Można nie zgadzać się z Freudem na punkcie lecznictwa, ale badania jego dotyczące stanów podświadomych pozostaną na zawsze trwałą zdobyczą nauki.

Kol. Okuszko w odpowiedzi zaznacza, że tematem odczytu był stosunek świadomości do podświadomości. Lęki — to zjawiska patologiczne uczuciowe. Myślenie pierwotne istotnie należało uwzględnić. W swoim wykładzie nie kierował się wyłącznie stanowiskiem lekarskiem, raczej ściśle psychologicznem.

Posiedzenie w dniu 8. lutego 1930 r.
Przewodniczy: Prezes Kol. Rożkowski.

1. Prezes Kol. Rożkowski odczytał odezwę Zarządu Głównego T-wa Internistów Polskich i poddał pod obradę postawione w odezwie 3 pytania:

1) Kto ma prawo nazywać siebie internistą?

2) Jakie stanowiska powinny być przez wymienionych specjalistów obsadzone?

3) W jaki sposób powinne być oceniane kwalifikacje zgłaszających się kandydatów?

Zebrane odpowiedzi posłużyć mają, jako materjał do opracowania projektu ustawy, co do praw używania tytułu specjalisty w ściśle określonych dziedzinach lecznictwa, zapowiedzianej w ust. 2, art. 8 ustawy z dn. 2. XII. 1921 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

Po dłuższej dyskusji, w której zabierali głos koledzy: Szaniawski, Koniecpolski, Batawja, Rożkowski, Szwedowski i Łokczewski, przyjęto poniższą redakcję odpowiedzi:

1) Lekarzem internistą ma prawo nazywać się lekarz, który pracował w ciągu 2 lat na oddz. chor. wewn. szpitala klinicznego, bądź prowincjonalnego; internista wyspecjalizowany w gastrologji, fizjologji i t. p. powinien odbyć studja dodatkowe 3—6 mies.; oprócz tego wymagane są 3 lata praktyki samodzielnej szpitalnej, lub prywatnej.

2) Przez lekarzy internistów winne być obsadzone stanowiska: ordynatorów szpitalnych, ambulatoryjnych, kierowników przychodni przeciwgruźliczych, przeciwgośćcowych, w Kasach Chorych, wreszcie konsultantów we wszystkich instytucjach, potrzebujących porad lekarzy internistów.

3) Na prowincji kwalifikacje lekarza internisty powinny oceniać miejscowe T-wa Lekarskie naukowe same, lub łącznie z ordynatorami szpitalnymi tej specjalności.

Stanowiska lekarzy internistów winne być obsadzane w drodze konkursu z pośród miejscowych lekarzy specjalistów.

Rygory, wynikające z określenia pojęcia lekarza specjalisty nie mogą dotyczyć lekarzy starszego pokolenia, którzy swą działalnością w danej specjalności zdobyli już uznanie społeczeństwa.

2. Sekretarz Kol. Łokczewski odczytał *sprawozdanie roczne z działalności naukowej T-wa za rok 1929.*

W roku sprawozdawczym 1929-m T-wo Lekarskie Częstochowskie miało członków rzeczywistych 50, członków honorowych 40; w ciągu roku przyjęto 1 nowego członka koleżankę Frühaufową, która po upływie kilku miesięcy opuściła Częstochowę; w ciągu roku zmarł członek honorowy T-wa profesor Aleksander Rosner, oraz członek rzeczywisty Kol. Ignacy Tarkowski; przybył 1 członek honorowy: Dr. Szymon Starkiewicz.

W roku sprawozdawczym odbyło się 14 posiedzeń, w tem 1 posiedzenie uroczyste dla uczczenia 25-lecia działalności Dra Szymona Starkiewicza i 3 posiedzenia kliniczne po 1-em w szpitalu zapasowym, w szpitalu N. Panny Marji i w szpitalu na Zawodziu.

Działalność Towarzystwa w r. 1929-m obejmowała działy poniższe:

A. Przemówień specjalnych wygłoszono — 10.

B. Pokazów chorych było — 52, preparatów — 7, roentgenogram — 3.

C. Z działu kazuistyki wygłoszono 11 komunikatów.

D. Odczytów i referatów wygłoszono 11, w tem 4 z medycyny teoretycznej i 7 z medycyny praktycznej.

3. Skarbnik Kol. Szaniawski odczytał *sprawozdanie kasowe.* Dochód: składki członków 1004 zł. Rozchód: lokal, światło i obsługa — 840 zł. Na prenumeratę pism i kupno książek pozostaje drobna kwota zł 164, stanowczo zbyt mała na ten tak ważny cel. Kol. Szaniawski proponuje wobec tego: 1) podnieść składkę kwartalną członkowską z 6 na 8 zł, 2) zwrócić się do Obwodu Częstochowskiego Związku Lekarzy P. P., z wnioskiem, aby ten ostatni za wspólny lokal płacił nie 50% komornego, jak dotąd, lecz 70%.

4. Bibliotekarz Kol. Frenkenberg odczytał *sprawozdanie ze stanu biblioteki Twa.* Po uporządkowaniu księgozbioru biblioteka posiada 1212 tomów książek i 511 tomów roczników pism. Biblioteka jednak ma charakter muzealny, posiada bowiem bardzo mało dzieł nowszych. Kol. Frenkenberg uważa za konieczne powiększenie funduszu przeznaczonego na bibliotekę.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

XXXIX posiedzenie naukowe odbyte w dniu 2 maja 1930.
Przewodniczy: Prezes N. Mesz.

1. Zawadowski W.: *Kilka uwag o stanie obecnym radiologji niemieckiej* (Notatki z podróży naukowej).

2. Elektorowicz A.: Pokaz zdjęć: a) *Dwa przypadki przerzutów nowotworowych do kości.*

b) *Przypadek kostniejącego zapalenia mięśni.*

c) *Przypadek roponercza z przebiciem do jelita grubego.*

d) *Przypadek szybkiego wyleczenia ropnia płuca.*

e) *Przypadek choroby Pageta.*

3. Stankiewicz Z.: Pokaz zdjęć: *a) Zapalenie chrzęstno-kostne przyśrodkowej trzeszczki palucha.*

b) *Skrócenie piątego palca obu rąk.*

c) *Złudne cienie kontrastowe po doustnem podaniu tetrajodfenolftaleiny.*

XL posiedzenie naukowe odbyte w dniu 30 maja 1930
Przewodniczy: Prezes N. Mesz.

1. Mesz N.: *Główka kości ramieniowej w obrazie roentgenowskim.*

2. Werkenthinówna M.: *Dwa przypadki cieni okrągłych w polach płucnych.*

3. Rosnowska B.: *Z kazuistyki cholecystografji.*

4. Bruner E. i Pryłucki N.: *Przypadek licznych przerzutów nowotworu złośliwego do płuc.*

5. Bruner E.: Pokaz zdjęć: a) *Periostitis ossificans u niemowląt z kiłą wrodzoną.*

b) *Osteo-periostitis gummosa,* wpływ leczenia swoistego.

c) *Lues tarda kości czaszki.*

d) *Zmiany kostne u rocznego dziecka z kiłą wrodzoną.*

6. Kryński B.: *Sprawozdanie z 21-go zjazdu roentgenologów niemieckich.*

7. Kryński J.: Pokaz zdjęć.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. KAZIMIERZ DŁUSKI.

W dniu 6 września zmarł w Otwocku w wieku lat 75, Dr. Kazimierz Dłuski — jeden z najzasłużeńszych weteranów polskiej medycyny, twórca pierwszego polskiego Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem i długoletni jego kierownik, oraz autor licznych cennych prac z zakresu gruźlicy. Dzięki swemu wszechstronnemu wykształceniu, wysokiej kulturze, niestrudzonej pracy społecznej, oraz niepospolitym zaletom umysłu i serca —

był zmarły jedną z wybitniejszych jednostek polskiego społeczeństwa. Dr. K. Dłuski urodził się w r. 1855 na Podolu rosyjskiem i tam ukończył gimnazjum. Studjował potem prawo na Uniwersytecie warszawskim, lecz dzięki przekonaniom socjalistycznym i pracy w tym kierunku — był zmuszony kraj opuścić. Na emigracji, w Paryżu, ukończył najpierw szkołę polityczną, potem fakultet medyczny. Po 7-letniej praktyce lekarskiej, gnany tęsknotą do kraju i zamiłowaniem do pracy społecznej, rzucił zdobyte już dobre stanowisko i przeniósł się najpierw do Krakowa, a potem do Zakopanego, gdzie przy pomocy I. Paderewskiego, H. Sienkiewicza, hr. K. Potockiego, Br. Abakanowicza, Dra Skłodowskiego i innych stworzył pierwsze wielkie polskie Sanatorjum dla chorych piersiowych (dziś Sanatorjum wojskowe) i prowadził je przez lat 16. Przez ten okres czasu był czułym i troskliwym opiekunem swych pacjentów i zdołał wyrobić z asystentów swych cały zastęp lekarzy specjalistów na polu gruźlicy. Liczne instytucje zakopiańskie, jak „Dom zdrowia dla młodzieży Pomoc Bratnia“, Muzeum Tatrzańskie, Pogotowie Ratunkowe, których był prezesem — zawdzięczają mu również swój rozwój. — Podczas wojny opiekował się troskliwie legjonami i walczył z prześladującemi je władzami austrjackiemi. W r. 1918 opuścił Zakopane na zawsze, gdyż został wysłany przez Naczelnika państwa, J. Piłsudskiego do Paryża na czele jego misji politycznej. Po powrocie osiadł na stałe w Warszawie, zajmując się mniej praktyką lekarską, niż sprawami społecznemi. Przez szereg lat był prezesem Związku Strzeleckiego, Konfederacji Pracowników umysłowych, Towarzystwa Medycyny Społecznej, Warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego, Sekcji Kolonij Tow. Opiek. szkolnych, Tow. Opieki nad dzieckiem opuszczonem, robotn. Tow. służby społecznej, etc. etc. — Dr. K. Dłuski był przez całe życie uosobieniem prawości, energji, zapału do pracy i optymizmu. Cenne te zalety wnosił do Towarzystw któremi kierował, wierzył w postęp — nigdy nie poddawał się zwątpieniu. — Cześć pamięci dobrego lekarza, zasłużonego obywatela i nieskazitelnego człowieka!

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Jak załatwiono sprawę zwłok do sekcyj? Warszawa, 12 września (A). W departamencie służby zdrowia ministerstwa spraw wewnętrznych załatwiono w porozumieniu z ministerstwem oświaty sprawę dostarczenia zwłok dla zakładów uniwersyteckich. Ministerstwo stwierdza, że brak materjału prosektoryjnego do studjów anatomicznych na zwłokach ludzkich odczuwany jest dotkliwie przez zakłady uniwersyteckie. — Brak ten uniemożliwia studentom odrabianie niezbędnych ćwiczeń i niejednokrotnie jest powodem tarć pomiędzy studentami chrześcijańskimi a żydowskimi. Wobec tego ministerstwo poleca wojewodom, ażeby przypomnieli zainteresowanym czynnikom treść zarządzenia ministerstwa zdrowia z 29 stycznia 1923 r. i zażądali w interesie porządku publicznego i prawidłowego biegu zajęć w uniwersytetach, ścisłego przestrzegania przepisów wymienionego zarządzenia. Równocześnie ministerstwo wyjaśnia, że za rodzinę, która może w myśl omawianego zarządzenia w ciągu 48 godzin po zgonie zgłosić po odbiór zwłok, należy uważać: pozostałego małżonka, o ile nie jest separowany, krewnych zstępnych, krewnych wstępnych, krewnych bocznych do 4-go stopnia pokrewieństwa, powinowatych w linji prostej do 1-go stopnia. Osoby zgłaszające się po odbiór zwłok, celem pochowania, muszą udowodnić, że są członkami rodziny w znaczeniu wyżej wymienionem, a to za pomocą zaświadczenia, uzyskanego przez powiatowe władze administracyjne.

Obowiązki kontrolerów sanitarnych. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych stwierdza w Okólniku do wszystkich Wojewodów i do Komisarza Rządu m. stoł. Warszawy, że właściwe obowiązki kontrolerów sanitarnych są często źle zrozumiane przez władze samorządowe. Rola kontrolera sanitarnego jest powszechnie niedoceniana i mylnie interpretowana, przez co niejednokrotnie kontrolerzy sanitarni są obarczani czynnościami kancelaryjnemi w biurze lekarza sanitarnego lub też czynnościami zgoła pobocznemi. Nadzór nad stanem sanitarno-porządkowym powiatu, wykonywany przez lekarza, niezawsze może być bezpośredni, gdyż lekarz, zajęty wielu innemi zagadnieniami z dziedziny higjeny i pomocy lekarskiej, nie może poświęcić dużo czasu inspekcjom sanitarno-porządkowym, natomiast kontroler sanitarny jest obowiązany stale czuwać nad ogólną czystością otoczenia i nad odpowiedniem utrzymaniem urządzeń sanitarnych. M. S. W. zaznacza, iż kontroler sanitarny obowiązany jest dokonywać stałych inspekcyj sanitarno-porządkowych otoczenia, t. j. ulic, posesyj, ustępów, studzien, tak publicznych, jak i prywatnych, dezynfekcji i dezynsekcji mieszkań i otoczenia chorego. Ma on nadzór nad jakością wody oraz artykułów żywności, nad miejscami ich wyrobu i sprzedaży, pobiera ich próby, przesyła artykuły żywności do zakładów badania żywności i przedmiotów użytku, a wodę do tychże zakładów lub filji Państwowego Zakładu Higjeny. Po otrzymaniu ujemnych wyników badania wody, kontroler sanitarny, w wykonaniu zarządzeń lekarza urzędowego (powiatowego, samorządowego), umieszcza odpowiednie tabliczki na studniach publicznych, zamyka nienadające się do użytku, ewentualnie przeprowadza oczyszczanie lub dezynfekcję tychże.

Z Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Polski Komitet do zwalczania raka otrzymał z Belgji nową porcję radu, która, zwiększa wydatnie ilość tego pierwiastku, będącego w posiadaniu Komitetu i umożliwia stosowanie go na szerszą skalę. Z chwilą nadejścia jeszcze dwuch zamówionych porcyj, pewna część radu (50—100 mm) będzie oddana do dyspozycji Kliniki Ginekologicznej U. W. pozostała część, będzie nadal obsługiwała Zakład Radowy Komitetu przy ul. Karowej 31. W celu umożliwienia osobom niezamożnym tej drogiej metody leczniczej Komitet pobiera ceny możliwie najniższe. W przypadkach stwierdzonej zupełnej niezamożności stosowanie radu bezpłatnie.

O prawne pojęcie praktyki lekarskiej. Polski Instytut Prawa Administracyjnego, stowarzyszenie poświęcone teorji i praktyce administracyjnej, będzie na skutek porozumienia się z Izbami lekarskiemi opinjował pewne kwestje zasadnicze natury prawnej, nadarzające się w praktyce Izb. W najbliższym czasie na skutek zapytania Izby lekarskiej warszawsko-białostockiej odbędzie się zebranie dyskusyjne Instytutu, poświęcone kwestji prawnego pojęcia praktyki lekarskiej z referatem prezesa Instytutu prof. Hilarowicza. PP. lekarze pragnący otrzymać zaproszenie na to zebranie, zechcą podać swoje nazwiska i adresy na ręce prof. T. Hilarowicza, Warszawa, ulica Filtrowa 68.

Prowincja bez lekarzy, w Warszawie — nadmiar. W Chwili obecnej w Warszawie praktykuje 2.440 lekarzy. W ciągu pół roku Warszawie przybyło 240 lekarzy. Jest to przyrost ogromny, nie odpowiadający bynajmniej potrzebom ludności. Młodzi lekarze nie chcą wyjeżdżać na prowincję, a skutki tego fatalnie odbijają się na ich stanie materjalnym, gdyż zarobki maleją z dnia na dzień.

Kraków.

Zjazd Mikrobiologów i Epidemjologów polskich. Dnia 1 i 2-go listopada b. r. odbędzie się w Krakowie zjazd Mikrobiologów i Epidemjologów polskich. Jako tematy programowe przyjęto: Rak: a) patogeneza raka i hodowla tkanek — prof. Klecki, b) serologja raka — prof. Hirszfeld, c) statystyka raka — p. Adamowiczowa. Zmienność bakteryj: a) dysocjacja — prof. Z. Szymanowski, b) analiza chwytników — prof. Padlewski, c) morfologja komórki bakteryjnej — Dr. Eisenberg. Tematy innych referatów wraz z ich streszczeniem, zgłoszenie uczestnictwa w Zjeździe oraz zapotrzebowanie na kwatery przyjmuje do dnia 30-go września b. r. sekretarz Komitetu Org. Dr. Antoni Donhaiser. Zakład Bakterjologji U. J. Kraków, ul. Czysta 18. Wkładki udziałowe w wysokości 10 zł uprasza się wpłacać równocześnie ze zgłoszeniem na rachunek P. K. O. Nr. 410976, względnie przesłać na ręce skarbnika Komitetu Dr. Marji Skulka, Inst. Weter. i Med. Dośw. U. J. Kraków, ul. Czysta 18. Referaty zgłoszone nie mogą trwać dłużej jak 10 minut oraz mają być wygłaszane — nie czytane. Za komitet Organizacyjny: Prezes Prof. Dr. Juljan Nowak. Sekretarz: Dr. A. Donhaiser.

Doc. Dr. Władysław Bujak prymarjusz oddziału chorób dzieci Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie, ustąpił z dniem 31. VIII. b. r. z zajmowanego stanowiska. Trudno się pogodzić z tym faktem każdemu, kto miał możność współpracy z Bujakiem. Trudno i Jemu było rozstać się z oddziałem, który tak umiłował, któremu tyle lat pracy oddał. Wzgląd jednak na zdrowie przeważył. Ze szpitala ubył lekarz o wielkiem doświadczeniu klinicznem, o rozległej wiedzy teoretycznej. Chorzy tracą w nim dobrodzieja — lekarze nauczyciela. Nauczyciela do Którego się tłumnie garnęli, — Którego myśli szeroko roznosili. Bujak ma dużo uczniów, mógł mieć znacznie więcej! Nie stało miejsca dla wszystkich zgłaszających się! A zgłaszali się nietylko miejscowi — ale także z dalekich stron. Podobnie było z napływem chorych.

Ustępującego żegnają wszyscy z żalem.

Nowi profesorowie. P. Prezydent Rzeczypospolitej mianował docebta i zastępcę profesora przy U. J. w Krakowie Dra Janusza Supniewskiego profesorem nadzwyczajnym farmakologji na wydziale lekarskim U. J.; docenta i zastępcę prof. uniw. poznańskiego Dra Leona Zbyszewskiego profesorem nadzwyczajnym fizjologji człowieka na wydziale lekarskim uniw. poznańskiego. (s.).

Dr. Zygmunt Szantroch habilitował się z anatomii opisowej.

Poradnia wad wymowy dla młodzieży szkolnej przy klinice neurologiczno-psychjatrycznej U. J., Kopernika 48, czynną jest w poniedziałki i czwartki od 8—12 od 4 września b. roku.

Dalsza budowa szpitala Kasy chorych. Roboty około budowy szpitala krak. Kasy chorych na Prądniku Białym są prowadzone w dalszym ciągu. Prof. inż. Wacław Krzyżanowski dokonał w pierwotnym planie budowlanym szeregu gruntownych przeobrażeń, w ścisłem porozumieniu z profesorami Uniw. Jagiell., przyszłymi kierownikami oddziałów szpitalnych. Chodzi bowiem o to, aby warunki budowlane gmachu szpitalnego jak najlepiej odpowiadały potrzebom klinicznym. Dzięki wprowadzeniu zmian architektonicznych w planie budowlanym, szpital zyska 50 miejsc więcej dla chorych, tak, że ogólna liczba łóżek szpitalnych wyniesie 350. Również zyska szpital Kasy chorych nowe oddziały jak: neurologiczny, laryngologiczny i pedjatryczny, poza oddziałami: internistycznym, chirurgicznym, ginekologicznym i t. p. Szpital będzie urządzony i wyposażony według wymogów nowoczesnej medycyny. Całkowite koszta budowy wyniosą 3 miljony zł., a urządzenia około 2 miljony. Szpital będzie oddany do użytku członków Kasy chorych z końcem przyszłego roku.

Miejskie ambulatorjum dentystyczne szkolne (magistrat, miejski urząd zdrowia, ul. Poselska 12, parter) zostało otwarte po ferjach wakacyjnych. Nowe zgłoszenia i wpisy tylko od 1.30—3 po poł. Ambulatorjum prowadzi Dr. Ludwik Grabczak. W drugiej połowie września br. zostanie otwarta filja tegoż ambulatorjum w Podgórzu dla szkół powszechnych w dzielnicach po prawym brzegu Wisły.

Lwów.

Podpisany opracowuje dzieje pedjatrji w Polsce. Obszerna ta monografja oparta na materjałach rękopiśmiennych oraz starych drukach księgozbiorów krajowych i zagranicznych obejmie również i czasy najnowsze. Chcąc zebrać materjał pełny z ostatniej doby zwracam się do wszystkich lekarzy pedjatrów w Polsce, kierowników szpitali dziecięcych, klinik i wszelkiego rodzaju zakładów opieki nad dzieckiem z prośbą o łaskawe nadsyłanie odnośnych danych (biografji, zestawień prac i dziedzin zainteresowania, fotografji, planów budynków, opisów tychże z uwzględnieniem szczegółów historycznych, statystyk i t. p.) pod adresem: Dr. med. i fil. Józef Fritz Lwów. Łyczakowska 29. Materjały te zwrócę na żądanie, prócz tego zaś starać się będę o ile możności pokryć koszta ich przesyłki.

Dr. Józef Fritz.

Z kraju.

Nowy Dyrektor Zakładu Higjeny. Na stanowisko dyrektora P. Z. H. powołany został docent Dr. med. Gustaw Szulc.

Z Kas Chorych. Na miejsce odwołanego p. Nadziei komisarzem Kasy Chorych m. Lwowa został mianowany dr. Marczyński z Częstochowy.

Wolne posady.

W m. Gorzków pow. Krasnystaw, woj. Lubelskie jest wolna placówka od 1 września b. r. dla lekarza praktyka. Bliższe informacje udzieli Apteka E. Stokowskiego w Gorzkowie.

W 10-ym szpitalu okręgowym w Przemyślu wakują posady neurologa-psychjatry i okulisty. Zgłaszać się po bliższe informacje do komendanta szpitala.

W Lecznicy w Warszawie, ul. Chmielna 26, są do objęcia godziny dla lekarzy wszystkich specjalności (wyłączając dermatologów). Opłata miesięczna 75 zł za godzinę przyjęć. Pierwszeństwo mają lekarze z dłuższą praktyką.

Ze świata.

Wycieczka towarzyska dla lekarzy i aptekarzy morzem do Włoch. Redakcja wydawnictwa „Medizinische und Pharmazeutische Rundschau" urządza wycieczkę okrężną po Włoszech. Punktem zbornym jest Wiedeń w dniu 15 października b. r. W dniu 16 października wsiądą uczestnicy wycieczki na okręt we Fiume i zwiedzą następujące miejscowości: Ankona, Bari, Catania, Malta, Messyna, Palermo, Neapol. Liwerno, Genua. Tutaj może każdy z uczestników podróż zakończyć. Pozostali uczestnicy mogą jechać dalej do Wenecji, skąd nastąpi powrót do Wiednia. We wszystkich miejscach postoju zwiedzą uczestnicy wszelkie godne widzenia okolice i objekty przy pomocy samochodów. Podczas podróży zapewniony jest wszelki komfort i pierwszorzędne utrzymanie. Na okręcie mogą być użyte według życzenia kabiny o jednem, lub o dwóch łóżkach. Wszelkich bliższych wyjaśnień i szczegółowych programów żądać można pod adresem Cesulich Line, Wien I, Kärtnerring 6.

Znane zdrojowisko Trenczyńskie Cieplice zaprowadziło dla wygody P. T. Kuracjuszy kuracje ryczałtowe w czasie od 1września do końca maja. Trzy tygodniowy pobyt w pierwszej klasie kosztuje zł 448. Bliższych informacyj udziela Biuro Informacyjne Trenczyńskich Cieplic Kraków, ul. Szewska 5.

III-ci Zjazd lekarzy słowiańskich w Splicie. Z Zarządu Głównego Związku Lekarzy Słowiańskich otrzymujemy następujący komunikat: W sprawie wiz komunikujemy, według danych otrzymanych w poselstwach, że konsulat jugosłowiański jest tylko w Warszawie przy poselstwie w Al. Ujazdowskiej 33. Czechosłowacja ma konsulaty w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu i Katowicach. Austrja w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Katowicach i Łodzi. Węgry w Warszawie, Lwowie, Krakowie i Katowicach. Paszporty muszą być wizowane według przynależności konsularnej. Koledzy, którzy dotychczas nie uregulowali opłat: 3 zł 30 gr za podanie do Ministerstwa Skarbu o paszport ulgowy i 10 zł na potrzeby kancelarji, są proszeni o niezwłoczne wpłacenie na konto czekowe w P. K. O. Nr. 16707 dla Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce. Od prezesa Komitetu Jugosłowiańskiego dra Ivkovica Zarząd otrzymał list, w którym zawiadamia: 1) Że otrzymał w Poselstwie Czechosłowackiem w Belgradzie zapewnienie, że Czechosłowackie Min. Spraw Zagranicznych da wizy dla uczestników z Polski bezpłatnie i że zawiadomiło o tem Poselstwo w Warszawie i wszystkie Konsulaty Czechosłowackie w Polsce. 2) Że otrzymano zapewnienie z Budapesztu, że wszyscy uczestnicy Zjazdu, którzy będą jechać z Czechosłowacji i Polski przez terytorjum Węgierskie otrzymają 33% zniżki bez obowiązku zatrzymywania się na Węgrzech (droga przez Peszt do Zagrzebia dłuższa, ale tańsza niż przez Wiedeń). 3) Że na kolejach po Jugosławji we wszystkich kierunkach wszystkiemi pociągami za wyjątkiem Orient Expressu zniżka wynosi 75%; zniżka ta ważna jest od 30 września do 25 października włącznie. 4) Że Dyrekcja „Putnika" (Orbis Jugosłowiański) uzyskała od Jadranskiej Providby za podróż po Pomorzu Adrjatyckiem 50% zniżki dla uczestników Zjazdu. Wszystkie ulgi otrzymuje się po okazaniu legitymacji (Jugosłowiańskiej), Zjazdowej. Zarząd komunikuje dalej, że na naszych kolejach zniżka wynosi 50%, co jest wydrukowane na drugiej stronie naszych legitymacji. Ponieważ zapisało się około 400-tu osób Zarząd zwrócił się do Towarzystwa Wagons Lits Cook, ażeby porozumiało się z Towarzystwem Putnika i zajęło się organizacją wycieczki. Zakomunikowano nam, że Centrala T-wa w Paryżu wysłała specjalnego urzędnika do Jugosławji w tej sprawie.

Zjazdy. W dniu 10 października r. b. będzie miało miejsce w Uniwersytecie paryskim (Wydział lekarski — amfiteatr Vulpian'a) 12-te z kolei doroczne zebranie francuskiego Towarzystwa Ortopedycznego, na którem będą omawiane, jako główne dwa tematy: 1) Dr. M. Huc (Paryż) Coxa vara w wieku młodzieńczym; 2) Dr. A. Rendu (Lyon) Porażenia poporodowe kończyny górnej. Bliższych informacyj udziela sekretarz Towarzystwa, Dr. Sorrel (Paryż — 179 Boul. Saint-Germain).

Podczas przyszłych Zielonych Świątek (24—25 maja 1931 r.) odbędzie się w Vittel Zjazd w sprawach kamicy moczowej (Congrès de la lithiase urinaire), na którym przewodnictwo objęli: prof. Legueu — sekcja chirurgiczna, prof. M. Labbé — sekcja lekarska i prof. Villaret — sekcja hydrologiczna.

Szczegóły programu Zjazdu i warunki uczestnictwa są do przejrzenia w redakcji „Nowin Sp. Lek." w godzinach od 10 do 14.